



5305  
51A



# كتاب

لمحات السيرة الحقة من فن الولاده



العالم الفاضل النطاسي الشهير

صاحب السعادة الدكتور عيسى باشا جدي

معلم الامراض الباطنية ورئيس المدارس الطبية وحكيم باشا

استبالية قصر العيني والعائلة الخديوية سابقا وعضو

بالجمعية العلمية المصرية وبمختلف جمعيات

عليه طيبة بقرائنا

حفظه الله

(حقوق الطبع محفوظة للزلف)

-----

الطبعة الثانية

هذه الطبعة طبعت بالطبعة الاميرية سنة ١٣٢٠ هجرية

وبها ٣٦ شكلا زبادة عن الطبعة الاولى

فصار محتويا على

٢٠٠ شكل

(القسم الادبي)

كتاب  
الطبيب  
عيسى  
باشا  
جدي





## بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

جدا لمن صوّر وخلق . خلق الانسان من علق . وأخرجه من الطلمات الى النور . ومن  
الظل الى الحرور . وصلاة وسلاما على من وصل الأرحام وعلى آله وأصحابه الكرام  
(وبعد) فيقول راجى عفوا المعيد المبدى عبده (عيسى حدى) لما كان علم الولادة  
من أهم الفنون وألزمها . وأحسن الوظائف الفسيولوجية وأعظمها . لما فيه  
من خلاص الحامل والمحمول . وسلامة الشامل والمشمول . وأنه مضى على مؤلفنا  
(لمحات السعادة فى فن الولادة) حين من الدهر (عشرون سنة) حدث فى خلالها العلم  
تنوعات واستكشافات عديدة . سماوان الطبعة الاولى تداولتها الايدى . كما يدل  
عليه تواتر الطلبات والرجوات من مصر والاقاليم الاخرى كسوريا وبلاد العرب  
والفرس باعادة طبعه فاجابة لهؤلاء الاخوان . وخدمة للنسانية والابدان .  
أبرزت للوجود الطبعة الثانية وأودعتها جميع المسائل الحديثة من هذا الفن كالوقاية من  
التعفن النفسى الذى كثيرا ما يذهب بحياة الوالدات ومعالجته عند حصوله . والرضاعة  
بأنواعها . والبن وكشفه وتعقيمه الى غير ذلك مما يلقى الاطفال من الوقوع فى أمراض  
الجهاز الهضمى الخطر بحياتهم . والفطامة وزمنها وكيفيةها . والضعف الخلقى للطفل  
وما يناسبه من التحفظات وبذلك يشتمل الكتاب على ست مقالات . الاولى اعتبارات  
عمومية تشريعية وفسيولوجية . الثانية الحمل . الثالثة الولادة الذاتية . الرابعة  
الولادة الصعبة . الخامسة الوقاية من التعفن النفسى ومعالجته عند حصوله . السادسة  
الطفل بعد ولادته . بخاء بعون الله دليلا ساطعا . وبرهانا قاطعا . وافيًا بالمطلوب

(فهرست كتاب لحنات السعادة في فن الولادة لسعادة الدكتور عيسى باشا جدى)

صفحة	صفحة
٤٢ الجنس المهبلى	٣ (المقالة الاولى اعتبارات عمومية)
٤٤ الجنس البطنى	تشرىحية وفسىولوجيه
٤٥ التسمع الرجى	٣ وظيفة المرأة واعضاء تناسلها
٤٦ فى تشخيص الحمل	٣ التجويف البطنى
٤٧ فى بحث المرأة الحامل	٤ التجويف الحوضى
٥٠ الحمل التوائى	١١ الاعضاء الحوضيه
٥٠ فى حالة المشيمة والاغشية الجنينية فى	١١ المستقيم
الحمل التوائى	١١ المثانة وقناة مجرى البول
٥١ فى علامات الحمل التوائى	١١ جبيل الزمرة والفرج
٥٣ فى انتهاء مدة الحمل التوائى	١٥ المهبلى وغشاء البكارة
٥٤ الحمل خارج الرحم	١٧ الرحم
٥٥ الحمل الكاذب	٢٢ المبيض
٥٦ ما يلزم للحامل مدة الحمل	٢٢ الندى
٥٧ أمراض الحمل	٢٤ فى الوظائف الفسيولوجيه لأعضاء
٦٤ الاكلبسيا النفسايه	التناسل الباطنيه
٦٦ سقوط الرحم	٢٥ السائل المنوى
٦٦ ميل الرحم	٢٥ تلقح البيضه
٦٨ التزيف الرجى مدة الحمل	٢٦ فى وظائف المبيض وبيضه المرأة
٧٠ أمراض الحامل غير الناجمة عن الحمل	٢٧ استحالة البيضه الملقحه وتكون الجنين
٧٤ الامراض المتعلقة بمحصل العلق	٢٨ أغشية متحصل العلق والمشيمة والحبل
٧٤ الاستسقا الامنيوسى	السرى
٧٥ استسقا خلى السلى	٣٢ أقطار وهيئة الجنين بين التام التكوين
٧٦ السيلان المائى	٢٣ كيفية وضع الجنين فى الرحم
٧٧ أمراض المشيمة	٣٥ (المقالة الثانية فى الحمل)
٧٨ موت متحصل العلق	٣٥ علامات الحمل الطبيعى البسيط

صفحة	الاجهاض	صفحة
٨٠	علامات الاجهاض	١٣٨ في التصاق المشيمة
٨١	(المقالة الثالثة في الولادة الذاتية)	١٤٠ نخود الرحم
٨٨	نسب الجنين مع الجدر البطنية للام	١٤٢ (المقالة الرابعة في الولادة المعيبة)
٩٠	في تشخيص المجبات والاضاع	١٤٣ القسم الاول في الولادة المعيبة
٩٢	في ظواهر الولادة	١٤٣ في المخود الاول للرحم
٩٥	الظواهر الفسيولوجية للولادة	١٤٤ في الانقباضات الرجعية غير المنتظمة
٩٦	الظواهر الميكانيكية للولادة	١٤٥ في صلابة عنق الرحم
١٠٠	ميكانيكية الولادة في المجبىء بالقمة	١٤٦ في الانقباضات التشنجية لعنق الرحم
١٠٠	تنوعات تحصل في الرأس من الولادة	١٤٧ في مقاومة العجان للولادة
١٠٦	بالقمة	١٤٨ في ميل الرحم
١٠٦	ميكانيكية الولادة في المجبىء بالوجه	١٥١ في سقوط الرحم
١٠٨	ميكانيكية الولادة في المجبىء بالمقعدة	١٥١ في عسر الولادة الناجم عن قصر الحبل
١١٠	ميكانيكية الولادة في المجبىء بالجذع	السرى
١١٤	ميكانيكية الولادة التوأمية	١٥٢ في عسر الولادة الناجم عن عدم
١١٤	فيما يجب على المولود فعله عند من	انتظام مجبىء الاجنة
	جاءها المخاض	١٥٣ في التصاق الأجنة
١٢٠	في واجبات الطبيب مدة المخاض	١٥٥ في غرق الرحم
١٣١	في واجبات المولود من ولادة الخلاص	١٥٦ في غرق المهبّل
١٣٤	في حالة أعضاء تناسل المرأة بعد الولادة	١٥٦ في أمراض الجنين التي تمنع الولادة
١٣٦	فيما يلزم للمرأة في الايام التالية لليوم	الذاتية
	الاول من الولادة	١٥٨ واجبات الطبيب في المجبات الرديئة
١٣٧	في تغذية الوالدة عقب الولادة	للجنين
١٣٧	في مدة اقامة الوالدة في الوضع الظهري	١٥٨ في واجبات الطبيب في الوضع المنحنى
	على فراشها	القمة في المضيق العلوى
١٣٨	في العوارض التي تطرأ على المرأة	١٥٩ واجبات الطبيب في الوضع المؤخرى
	عقب الولادة	الخلقي القائمة في التجويف الحوضي

صحيفه	صحيفه
١٧٦ في سرعة سقوط الجنين من اتساع الحوض	١٥٩ واجبات الطيب في الوضع المؤخرى المستعرض للقمة في المضيق السفلى
١٧٧ زيادة قوة انقباض الرحم	١٥٩ واجبات الطيب في الاوضاع المؤخرية العانية والمؤخرية العجزية
١٧٧ الورم الدموي للفرج والمهبل	مع وقوف في المضيق العلوى
١٧٧ الاندغام المعيب للنسيجة والتزيف الناجم عن ذلك	١٦٠ واجبات الطيب في الوضع الذقنى الخلقى للوجه في المضيق السفلى
١٧٩ في سقوط الحمل السرى ورده	١٦٠ واجبات الطيب في الاوضاع غير المنتظمة للقعدة
١٨٢ في غرق العجان	١٦١ واجبات الطيب في الجحى الفجائى للبدع
١٨٣ في الاكلبسيا	١٦١ واجبات الطيب ادى الجحى بالقمة
١٨٤ ( القسم الثالث الاعمال التى تستدعيها الولادة المعيبة ) في التحويل	أوالوجه مع سقوط ذراع
١٨٤ في التحويل	١٦٢ واجبات الطيب ادى الجحى بالقمة
١٨٦ فيما يلزم قبل فعل التحويل	أوالوجه مع سقوط الذراعين معا
١٨٧ في قواعد التحويل	١٦٢ واجبات الطيب ادى الجحى بالقمة
١٩٥ في الجفت	أوالوجه مع سقوط أحد القدمين
٢٠٠ الاحوال التى يستعمل فيها الجفت	١٦٢ سوء تركيب الرحم والمهبل والفرج وأمراض كل وواجبات الطيب
٢٠١ ما يلزم المولود قبل العمل وكيفية وضع الجفت والجذب به واخراجه وسند العجان	محول ذلك
٢١١ في ثقب الجمجمة	١٦٤ واجبات الطيب ادى وجود ضيق في الحوض
٢١٤ في تقطيع الجمجمة	١٦٧ في قياس الحوض
٢٢٠ في تقطيع الجنين	١٧٤ في انذار الضيق الحوضى
٢٢٢ في فصل الرأس من الجذع	١٧٤ واجبات الطيب ادى ضيق الحوض
٢٢٣ في الشق البطنى أى العملية القيصرية	١٧٦ ( القسم الثانى من الولادة المعيبة الخ )
٢٢٧ في بتر الرحم	

صفحة	صفحة
٢٥٤ في حالة الطفل بعد ولادته	٢٢٩ في العملية القيصرية بعد الموت
٢٥٤ في نمو الطفل	٢٢٩ في استخراج متحصل الحمل خارج الرحم
٢٥٥ في نوم الطفل	٢٣٠ في الولادة المججلة الذاتية
٢٥٦ في تطاقة الطفل	٢٣٠ في الولادة المججلة الصناعية
٢٥٦ في قسحة الطفل	٢٣٠ في الولادة القهرية
٢٥٦ في تغذية الطفل	٢٣١ في الولادة المحرصة
٢٦١ في الرضاع الصناعي	٢٣١ في بط الكيس
٢٦٥ وزن الطفل	٢٣٢ في التمدد الميخانيكي لعنق الرحم
٢٦٦ في فطام الطفل	٢٣٣ في السد المهبل
٢٦٧ في أمراض حديث الولادة	٢٣٤ في عمل نافورة المساء الحار
٢٦٧ في الضعف الخلقى للطفل	٢٣٤ في فصل الجزء السفلي لكيس الجنين
٢٦٩ رجوع اللبن من فم الطفل	٢٣٦ في تحريض الاجهاض
٢٦٩ في الطفل	٢٣٦ في الجويدار
٢٧٠ الاسمال	٢٣٧ في استعمال الكلوروفورم اثناء التوليد
٢٧١ في الاسمال	٢٣٨ في كبت الرحم النفاسي
٢٧١ في شلل الطفل	٢٣٩ (المقالة الخامسة في وقاية المرأة من الامراض العفنة النفاسية زمن الحمل والنفاس)
٢٧٢ في النزف القمي أو الانفي للطفل	٢٤١ في التعقيم
٢٧٢ في تصلب جلد الطفل	٢٤٣ في كيفية غسل أعضاء تناسل المرأة
٢٧٢ في أوزيم الطفل	٢٤٤ في قسرة المرأة
٢٧٢ في الموجيت	٢٤٤ في التسمم العفن النفاسي
٢٧٢ في الرمد الصديدي للطفل	٢٤٥ في علامات التسمم النفاسي
٢٧٣ في براقان الطفل	٢٥١ (المقالة السادسة في الطفل بعد ولادته)
٢٧٣ في التهاب السرى العفن للطفل	
٢٧٣ في التهاب الايريتماوى للطفل	
٢٧٤ في ورقة الولادة	

## (المقالة الاولى اعتبارات عمومية تشريحية وفسيولوجية)

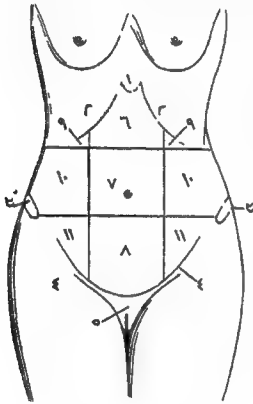
تعريف ونظيفة المرأة وأعضاء تناسلها

وظيفة المرأة طيبا أنها تبيض وتحمل ما يلقح من بيضها وتغذيه من دمها جنينا وترضعه طفلا وذلك أنها في أحد أدوار حياتها تفرز شهريا من أحد مبيضها بيضة أو أكثر اذا لقحت بنطفة الذكر تحول تدريجيا الى خلق جديد تحمله الأم في رحمها حينما من الدهر تسمى في خلاله حاملا وحملها جنينا حتى اذا تكاملت مدته الجنينية أو طرأ عليه مرض ما أو سبب ما يندفع بفعل الولادة قهرا الى الخارج مارا بقناة موجودة في تجويف عظمي مبطن بأجزاء رخوة حتى اذا تم خروجه وكان يمكنه المعيشة يسمى طفلا ترضعه أمه نحو الحولين عادة

وفعل الولادة طبيعي غير ارادى يحصل متى كان الجنين في نهاية الشهر التاسع وهو الغالب وحينئذ يسمى هذا الفعل بالولادة الطبيعية فلو كان هذا في نهاية الشهر السابع سمي بالولادة المججلة فلو في أقل سمي بالاجهاض وفي هذه الحالة الاخيرة لا يعيش المولود غالبا . ويشغل الجنين على التعاقب التجويف الحوضي ثم البطني ثم الحوضي ثانيا عند مروره الى الخارج وهذا التجويفان يمكن اعتبارهما تجويفا واحدا يقال له التجويف البطني الحوضي لانهما ليسا منفصلين عن بعضهما الا بالغشاء البريتوني وهذا التجويف يشتمل على المسافة الموجودة بين القفص الصدري من أعلى والجدار السفلي للعوض الصغير من أسفل

فالتجويف البطني أهميته قليلة عند المولود ولذا لا تذكر الانقسامه وهو تجويف متسع محاط بأعضاء صلبة ورخوة . فالصلبة هي من الخلف العمود الفقري ومن أعلى الاضلاع السفلى المتصلة بالقص والاضلاع الكاذبة ومن أسفل الحفرتان العظيمتان الحرقفتان . وأما الاعضاء الرخوة فهي من أعلى الحجاب الحاجز ومن أسفل العضلات والصفاقات المبطن للقرتين الباطنيتين الحرقفتين والبريتون الفاصل أعضاء التجويف البطني من أعضاء التجويف الحوضي ومن الجانبين والامام الاجزاء الرخوة لجدر البطن . واضبط أقسام التجويف البطني يذ خطان عموديان من وسط الفرعين الأفقيين للعظمين العائيين الى أعلى حتى يتصلا بالحافة

السفلى للاضلاع فهذين الخطين ينقسم التجويف البطنى الى ثلاثة أقسام قسمين جاتيين وآخر متوسط ثم يمد خط أفقى علوى من الحافة السفلى للاضلاع الكاذبة من أى جهة الى الحافة السفلى للاضلاع الكاذبة للجهة المقابلة لها ثم يمد خط آخر أفقى سفلى من الشوكة الحرقفية المقدمة العليا لاحدى الجهتين الى الشوكة الحرقفية المقدمة العليا للجهة المقابلة لها فهذا العمل يصير كل قسم من الاقسام الثلاثة العمودية مقسوما الى ثلاثة أقسام ثانوية موضوعة فوق بعضها فالقسم



المتوسط منها يوجد فيه من أعلى الى أسفل القسم المعدى فالسرى فالخلى وأما الاقسام الثلاثة الجانبية فهى من أعلى الى أسفل المراق فالخاصرة فالخفزة الحرقفية الباطنية . وبجميع هذه الاقسام واضحة بشكل (١)

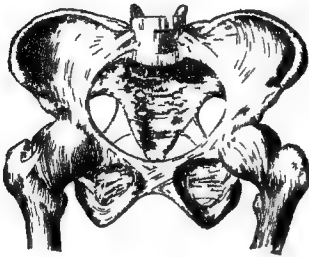
وأما التجويف الحوضى فركب من تجويف عظمى مبطن بأجزاء رخوة ومسدود من أسفل بأجزاء رخوة أيضا وشامل لاعضاء رخوة يلزم الاهتمام بمعرفتها جيدا

شكل (١)

(فى التجويف الحوضى العظمى)

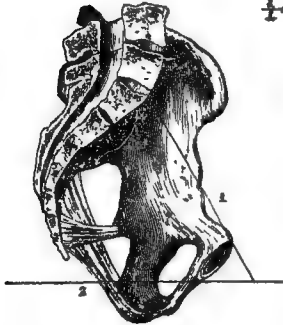
الحوض العظمى يتكون من انضمام العظام الحرقفيتين ببعضهما من الامام وبالجهاز والعصص من الخلف بحيث ينتج عن ذلك نوع قناة أوقع فتحته الواسعة متجهة الى الأعلى والامام وفتحته القليلة الاتساع متجهة الى أسفل باستقامة كما هو مرسوم فى شكل (٢) (انظر شكل ٢ مع شرحه فى مهيقة ٥)

شكل (١) هذا الشكل يشير الى قسم التجويف البطنى . فرقم (١) يشير للتو الخفري . ورقم (٢) للحامة الضلعية . و (٣) للشوكة الحرقفية المقدمة العليا . و (٤) للثنية الاربية . و (٥) لجبل الزهرة . و (٦) لقسم المعدى . و (٧) لقسم السرى . و (٨) لقسم العاني أو الخلى . و (٩) لقسم المراق . و (١٠) لقسم الخصرى . و (١١) للخفزة الحرقفية الباطنية



وينقسم الى صغير وكبير فالكبير لا أهمية له للولاد وأما الصغير فمحدد من أعلى بالمضيق العلوي ومن أسفل بالمضيق السفلي . فالمضيق العلوي بالنسبة لمحور الجسم مائل الى الامام من (٥٥) الى (٦٠) درجة كما في شكل (٣)

شكل (٢)



وهذا المضيق مكون من الخلف من الزاوية العجزية وبالجهة الجانبية لقاعدة العجز . ومن الجانبين من الخط الاسمي له للعظمين الحرقفيين . ومن الامام من الفرعين الأتقيين العائيين ومن الارتفاق العاني كما هو موضح في شكل (٤)

شكل (٣)

وأما المضيق السفلي فتكون أقطاره في الهيكل الجانف (١١) سنتيمترا لكن الأقطار المنحرفة والمقدم الخلفي يمكن أن تتسع في الهيكل الرخو حتى تبلغ (١٢)

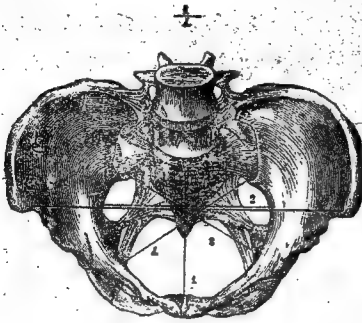
سنتيمترا وقت مرور رأس الجنين بتمدد الأربطة العجزية الحرقفية وتحرك العصعص كما في شكل (٥)

وأما أقطار التجويف الحوضي ( أي أقطار المسافة التي بين المضيقين ) فكل منها (١٢) سنتيمترا في جزئه المتوسط وإذا كان العجز أكثر انحناء يصل القطر المقدم (انظر شكل ٤ و ٥ مع شرحهما بصيغة ٦)

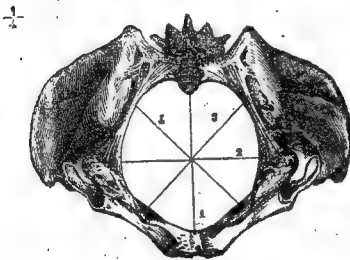
شكل (٢) هذا الشكل يشير الى حوض امرأة مغطى بأربطته

شكل (٣) هذا الشكل يشير الى قطع الحوض قطعا متوسطا من الخلف الى الامام لرؤية الميل الطبيعي للمضيق العلوي





شكل (٤)



شكل (٥)

الطلقى الى (١٣) سنتمترا  
وعند المرأة ذات التركيب  
الجليد يكون اتساع القوس  
العائى فى قاعدته (٩)  
سنتمترات ونصف و (٤)  
سنتمترات نحو قمته .  
وارتفاعه من (٥) الى  
(٦) سنتمترات

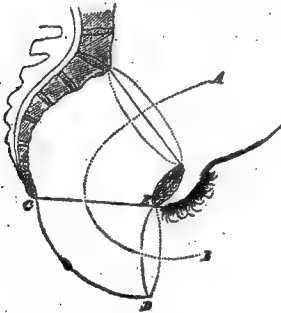
ثم ان وجود العضلتين  
الاولوسواسيتين المحرقيتين  
يضيقان القطرين المستعرض  
والتصرف للضيق العلوى  
لكن اذا امرت المرأة وقت  
مرور رأس الجنين بحفظ فخذيها  
فى نصف اتثناء متباعدين  
قليلا فلا يحدث وجودهما  
ضييقا محسوسا فى الحوض  
• أما نحن قاع المئانة ووجود

نسيج خاوى ناعم ووجود المستقيم وحواى فتحة الرحم فانها تحدث ضيقا فى  
المضيق العلوى وفى تقعر الحوض  
والمضيق السفلى يتركب من الهجان المكون لارضية الحوض وهذا الهجان وان

شكل (٤) يتضح منه أقطار المضيق العلوى فقطرة المقدم الخلقى أو العجزى العائى المشار اليه برقم (١)  
طوله (١١) سنتمترا وقطره المستعرض المشار له برقم (٢) طوله (١٢) سنتمترا وقطره المنحرف  
المشار اليه برقم (٣) و (٤) طوله من (١٣) الى (١٣) ونصف سنتمترا  
شكل (٥) هذا الشكل يشير لرؤية المضيق السفلى برقم (١) يشير لقطر المقدم الخلقى أو  
العصصى العائى ورقم (٢) يشير لقطر المستعرض ورقم (٣) و (٤) يشيران للقطرين المنحرفين

كان منينا الا أنه قابل للتمدد فيسمع لمرور الجنين بدون تمزق متى كانت انقباضات الرحم منتظمة . وطول البهان أثناء الراحة نحو (٨) سنتيمترات ويبلغ ١٢ سنتيمترا وقت الولادة بل والى ١٥ سنتيمترا . ومن وظائفه أنه يبطئ انقباض الجنين ويمنع الولادة الفجائية أثناء وقوف المرأة ويقهر الرأس على توجيهه مؤخرها الى الامام في الزمن الثالث من ميخانيكية المهيء بالقوة

ثم ان وجود الاجزاء الرخوة لا يفسر شكل ولا طول الجدار المقدم للمعرض فيبقى طوله على ما هو عليه أى نحو (٤) سنتيمترات تقريبا في محاذاة الارتفاع العائى لكن وجودها ينوع طول ويسهل الجدار الخلفى فيزداد طوله أثناء مرور الرأس من المضيق السفلى فيبلغ نحو (٢٦) أو (٢٧) سنتيمترا مع ان طول المهز والعضص لا يكون الا (١٢) سنتيمترا من هذا المقدار والباقي ينجم عن تمدد البهان تمدا زائدا بحيث ان الزاوية الخلفية للفرج تصل قرب الارتفاع العائى



شكل (٦)

كما في شكل (٦) ولاجل فهم ميخانيكية الولادة يلزم دائما المولد تذكر أن الجنين عند خروجه يتبع الانحناء المشار اليه بحرفى ( ا ب ) الذى يمتد من مركز المضيق العلوى ويقطع التقعر الحوضى موازيا لتقعر المهز مارا من مركز المضيق السفلى آتيا الى مركز الفرج الذى صار عموديا بوصول الرأس الى أرضية البهان كما

فى شكل (٦)

شكل (٦) هذا الشكل يثير لرؤية القناة الفرجية الباطنية أثناء مرور رأس الجنين فخرقا (b a) يشيران لعمود العام لتقعر الحوضى أثناء مرور الرأس من المضيق العلوى الى خروجهما من الفرج وحرفا ( ث ) و ( د ) يشيران البهان الذى تضاعف طوله بتمده وحرفا ( ي ) و ( د ) الفرج الذى صار مستقيما بعد ان كان منحرفا قبل وصول الرأس الى أرضية البهان ( ملحوظة ) قصيرة القائمة من النساء ذات التركيب الجسد تلد بسهولة عن طويلة القائمة لقصر مقام حوضها وصغر جنبتيها من الطويلة.

(في الجبان أى الأجزاء الرخوة السادة لتجويف الحوض الصغير من أسفل )

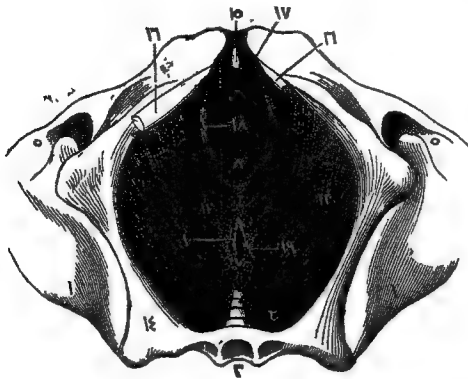
تستد الفخمة السفلى لتجويف الحوض الصغير بحاجز عضلى تقعيه الى أعلى ويمر في جحرته المتوسط ثلاث قنوات هى من الامام الى الخلف قناة مجرى البول فالهبل فالستقيم . ويتركب الحاجز المذكور عدا الاوعية والأعصاب من طبقتين موضوعتين فوق بعضهما تقريبا فالعليا منها أغلب أجزائها مكونة من العضلة الرافعة للشرح وسطح هذه العضلة العاوى مقعر والسفلى محدب ودائرتها حلقيه تقريبا . وتندغم أليافها من أعلى في محيط باطن التجويف الحوضى ومن الامام في الوجه الخلقى للعظم العائى قرب الارتفاق العائى . ووحشى ذلك في الوجه الخلقى للفرع الافقى للعائى وأسفل وخلف ذلك في القوس المبنى الورى الممتد من الجزء الخلقى من جسم العظم العائى الى الوجه الباطنى للحدبة الوركية

ثم ان الالياف العضلية الناشئة من جميع هذه النقاط المذكورة تنصب الى أسفل نحو الخط المتوسط المقدم الخلقى للضيق السفلى ومنه تنصب الى جهات مختلفة . فالالياف العضلية المقدمة منها تنصب الى جانبى المثانة الا أن بعضها يندغم وسطها والبعض يندغم في جانبى المهبل والبعض في جداره الخلقى بعد أن يتصلب مع ألياف الجهة المقابلة لها في المسافة الفاصلة للهبل من المستقيم . وأما الالياف العضلية الجانبية فتتجه نحو المستقيم وتنزل في جانبها وبعد أن تسير معه قليلا تنصب الى جداره الخلقى لتندغم فيه بعد أن تتصلب مع الالياف الآتية من الجهة المقابلة في الاستطالة الليفية الممتدة من قمة العصعص الى الجزء الخلقى للمستقيم . وأما الالياف العضلية الناشئة من الحدبة الوركية ومن رباط العجز الوركى الصغير فانها تندغم في الجهتين الجانبيتين للعصعص وفي وجهه المقدم كما هو واضح بشكل (٧)

ثم ان هذه العضلة الرافعة للشرح مغطاة بصفاق لىنى يمتد في جميع السطح الباطنى للحوض الصغير وهذا الصفاق مع التصاقه بالصفاق الحوضى الوركى يتكون منهما حاجز لىنى تقعيه الى أعلى ويحتوى على الاعضاء الحوضية

أما الطبقة السفلى للجبان فتكون من جملة عضلات . وهى العاصرة الظاهرة

( انظر شكل ٧ مع شرحه بصيغة ٩ )



لشرح  
والعاصرة  
المهبلية  
والمستعرضة  
المجانية  
والوركية  
المجوفة  
كما هو  
واضح  
بشكل  
(٨)

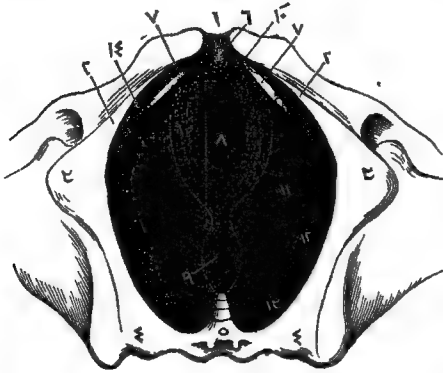
شكل (٧)

فالعاصرة

العاصرة الظاهرة الشرجية تحيط بالطرف السفلي للمستقيم وتنشأ أليافها من جهتي رباط لينى تمتد من قمة العصص الى جانبي الجزء السفلي للمستقيم والى جهته المقدمة فبعض الالياف العضلية الآتية الى الجهة المقدمة للجزء السفلي للمستقيم (أى لشرح) متى وصل للجهة المقدمة يتصلاب مع الالياف المائلة للجهة المقابلة وينتهى هناك . والبعض الآخر بعد هذا التصلاب يستمر منجها نحو العانة ليساعد على تكوين العضلة العاصرة للمهبل كما هو واضح بشكل (٨)

ومن خصائص العضلة العاصرة الشرجية أنها بمرورها وانقباضها تغلق المستقيم . وأما ألياف العضلة العاصرة المهبلية فهي آتية من الالياف العضلية المتصالبة (انظر شكل ٨ مع شرحه بصحيفة ١٠)

شكل (٧) هذا الشكل يشرح الوجه السفلي للعضلة الرافعة للشرح فرقم (١) يشير للمظلم الحرقفي و (٢) للجزء و (٣) للعصص و (٨) للمهبل و (١٠) للشرح و (١١) للالياف العضلية الآتية من العانة و (١٢) للالياف العضلية الآتية الى العصص و (١٣) للالياف العضلية الوركية العصصية و (١٤) للرباط العظيم العجزي الحرقفي و (١٥) للنظر و (١٦) للأجسام المجوفة للنظر مقطوعة و (١٧) للصماخ البولي و (١٨) للعاصرة الفرجية و (١٩) للعاصرة الشرجية



العضلة  
العاصرة  
الشرجية  
فيعدتصاليها  
أمام الشرج  
تحيط بجميع  
جهات المهبل  
موجهة الى  
الامام نحو  
البظر ليندغم  
بعضها فيه

شكل (٨)

والبعض الآخر يندغم في رباطه

العالى كما هو واضح بشكل ٨ المذكور . وأما العضلة المستعرضة الجانبية بلهق الحوض فتنشأ من الحديدة الوركية ثم تتجه الى الانسية وتمي وصلت الى النقط المتوسط المقدم الخلقى للضيق السفلى اختلطت أليافها بالاليف المستعرضة للجهة المقابلة وبالاليف العضلية للعاصرة الشرجية وبالاليف العاصرة المهبلية كما هو مشاره برقم (١١) في هذا الشكل . وأما العضلتان الوركيتان المحوستان فكل منهما موضوع فوق الحافة السفلى للوجه الباطني للفرع الوركى من العظم العاني ثم تتجه الاليف الانسية الى الخارج فتحيط بجدر البظر ويندغم بعضها في غلافه كما في ذلك الشكل أما باقى أليافها فيندغم في الحديدة الوركية بلهتها . ويوجد خلاف ما ذكر في الأجزاء الرخوة للجائر الجانبى المذكور صفات ونسيج خاوى

شكل (٨) هذا الشكل يشرح لمصلات الهان فرقم (١) يشرح الارتعائى العانى و (٢) للقوس العانى و (٣) للحديدة الوركية و (٤) الرباط العظيم الهزى الوركى و (٥) للمصمص و (٦) للبظر و (٧) للأجسام المحوفة و (٨) للمهبل و (٩) لشرح و (١٠) لعاصرة المهبل و (١١) للاليف المدعمة فى الارتعائى العانى و (١٢) للعضلة المستعرضة للهان و (١٣) للاليف العضلية المصمصية الرامعة لشرح و (١٤) للعضلات الوركية الاجوفية المصمصية الرامعة للشرح و (١٥) للعضلات الوركية الاجوفية

وتسمى وأوعية وأعصاب

(في الأعضاء الحوضية) - الأعضاء الموجودة داخل تجويف الحوض الصغير هي المستقيم والمثانة وقناة مجرى البول والمهبل والرحم ومتعلقاته كما هو مشاره بشكل (٩)

(في المستقيم)

المستقيم هو الجزء السفلي

الهائي للأمعاء الغلظ

وينتهي بفتحة في الجلد

تسمى الشرج كما هو مبين

في شكل (٩)

. وهذه الفتحة محاطة

بعضلاتين عاصرتين

أحدهما من الظاهر

محيطة بالفتحة الشرجية

شكل (٩)

الطاهرة وقد سبق شرحها . والثانية محيطة بالفتحة الداخلية للشرج في جريته

العلوى وهذه العضلة هي تكاثر وتغن الألياف العضلية للطبقة العضلية للجزء

النهائي للمستقيم . وحيث ان القناة المهبلية تقبل أليافا عضلية كما ذكرنا من

العضلة الرافعة للشرج فترتفع هي كذلك وتنقبض بانقباض هذه العضلة وإذا

سماها بعض المولدين بالعضلة الرافعة الشرجية المهبلية

(في المثانة وقناة مجرى البول) - يوجد أمام المهبل والرحم كما هو مشاره بشكل

(٩) المثانة وقناة مجرى البول التي طولها عند المرأة نحو ثلاثة سنتيمترات وملتنصقة

بالجدار المقدم للمهبل ومتجهة في الفرج بفتحة يقال لها الصماخ البولي كما سنشرح ذلك

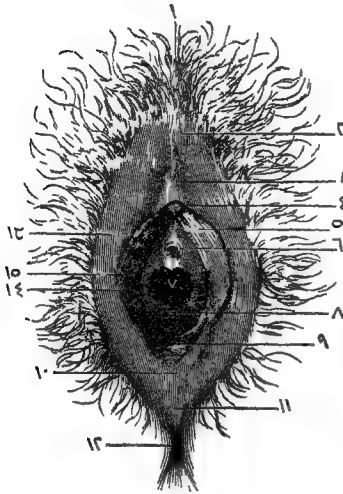
(في جبل الزهرة والفرج) - جبل الزهرة والفرج هما أعضاء التناسل الظاهرية

شكل (٩) هذا الشكل هو قطع مقدم حلقى قائم للعض مع أعضائه التناسلية الى نصفين

لرؤية الأعضاء الموجودة في الحوض مجاورتها لعضها ومجاورة البريتون للرحم والمهبل وبين

المستقيم من الخلف . والمثانة وقناة مجرى البول الامام . والرحم والمهبل من الوسط . والهبان

الحقيقي من أسفل



شكل (١٠)

المشار إليها بشكل (١٠) .  
أما جبل الزهرة فهو ارتفاع  
مستدير كثير البروز عند  
الصغيرات موضوع أمام العظم  
العاني أعلى الفرج مشاكلة برقم  
(١) من شكل ١٠ ومحدود من  
كل جانب بالنسيجة الأريسية  
ومركب في الظاهر من الجلد  
المنحوى على كثير من البصيلات  
الشعرية يظهر شعرها في سن  
البالوغ وعلى كثير من غدد  
دهنية وعرقية وتحت هذا الجلد  
كتلة من نسيج خلوي ونسيج  
مرن منديج تختلف كتته تبعاً  
لبنية المرأة وهي تكون عند  
الأطفال أكثر من الطاعنات في

السن وفي العادة تزيل المسلة الثيب شعره كلما نبت لأجل النظافة وتقبه غيرها  
سواء كانت بكراً أو نيباً . وأما الفرج فهو الجزء الموضوع أسفل من جبل  
الزهرة وأعلى من العجان كما هو مبين في شكل (١٠) ومحدود من الجانبين  
والتحارج بالشفرين العظميين ومن الجانب والداخل بالشفرين الصغيرين ويوجد

شكل (١٠) هذا الشكل يشير لرؤية الفرج والشفرين العظميين والصغيرين متباعدة من  
بعضها إلى الخارج لرؤية الأعضاء الأخرى . فرقم (١) يشير لجبل الزهرة و (٢) لزاوية  
الفرجية المقعدة أو المجمع المقدم و (٣) لثقب البظر أي كبوده و (٤) للبظر و (٥) لدهليز  
الفرج و (٦) للصماخ البولي و (٧) لثقب غشاء البكارة أو فتحة قناة المهبل و (٨) لغشاء  
البكارة و (٩) لفتحة الزورقية و (١٠) لشوكة الفرج أو المجمع الخلقي له أو الزاوية  
الخلقية الفرجية و (١١) للعجان و (١٢) لشرج و (١٣) لشفرين العظميين و (١٤)  
لشفرين الصغيرين و ١٥ لفتحات غدد (برولين)

فيه من أعلى الى أسفل وعلى الخط المتوسط البظر وكبوده والدهليز والصماخ البولي والغشاء البكاري عند العذاري وفتحة المهبل والحفرة الزورقية والشوكة أو المجمع الخلفي والعجان كإهوميين في شكل ( ١٠ ) . فالشفران العظيمان هما ثنيتان من الجلد مشار لهما برقم ( ١٣ ) من الشكل المذكور ومتوازيتان سميتان في جرثهما العلوى وبران كلمائلا الى أسفل متصلتان ببعضهما من أعلى ويكونان الزاوية الفرجية المقدمة أو المجمع المقدم للفرج رقم ( ١٠ ) ثم ينمجان في جبل الزهرة المشار اليه برقم ( ١ ) ويتصلان ببعضهما أيضا أسفل الفرج فيكونان الزاوية الفرجية السفلى أعنى شوكة الفرج رقم ( ٩ ) ويوجد لكل من الشفرين العظيمين سطحان وحالتان . فالسطحان ظاهري وباطني فالظاهري جلد مغطى بشعر عند البالغة غير المسلة أما المسلة فتزيله للنظافة والباطني أملس وردى اللون عند ذوات الجلد الأبيض . والحافتان خلفية ومقدمة فالخلفية ملتصقة بالأنسجة الخسوية الموجودة تحتها والحافة المقدمة سائبة مستديرة ينبت فيها الشعر عند البالغة ويقل تكاثفه في جرثه السفلى الخلفي . وعند الشابة السمينة الجيدة البنية تكون هذه الحافة سمكة صلبة ملاصقة للحافة المقدمة من الشفر العظيم للجهة المقابلة . وعند النصفية خصوصا المتكررة الولادة تكون رقيقة ذابلة متباعدة عن الحافة المقدمة للشفر المقابل فترى من بينهما الأجزاء الأخرى للفرج . وكل من هذين الشفرين العظيمين يتوكل من ثنية جلدية داخلها نسيج خلوي ونصفي وآخر مرن وأوعية وأعصاب وغدد دهنية وعرقية . ويندغم في كل منهما الفرع الظاهر للرباط المبروم للرحم . وأعصابهما تأتي من الضفيرة القطنية (الشفران الصغيران) - الشفران الصغيران هما ثنيتان رقيقتان من الجلد الذي صار كغشاء مخاطي . لونهما وردى عند ذوات الجلد الأبيض القليلات الاستعمال وموضوعان داخل الشفرين العظيمين على جانبي غشاء العذراء . لكل منهما وجهان وحافتان وطرفان . فالوجهان ظاهري وباطني فالظاهر مغطى بالشفر العظيم لجهته والباطن ملامس للوجه الباطن من الشفر الصغير للجهة المقابلة له . والحافتان مقدمة وخلفية فالمقدمة سائبة والخلفية ملتصقة تنمى في النسيج المنصل بها من غشاء البكارة . والطرفان علوى وسفلى فالسفلى لكل منهما



ينتهى نازة في السطح الباطن للشعر العظيم لجهته في محاذاة جرته المتوسط وتارة يعتد وينزل الى أسفل ويجتمع مع الطرف السفلي للشعر الصغير للجهة المقابلة له ويساعدان على تكوين الشوكة الفرجية . وأما الطرف العلوي لكل من الشفرين الصغيرين فيتفرع الى فرعين أحدهما يصعد أعلى البظر وهناك يتقابل بالمائل له من فرعى الطرف العلوي للشعر الصغير المقابل ومن اجتماعهما يتكون كبود البظر أى قلفته المشار له برقم (٣) . والفرع الثانى يمر أسفل البظر وهناك يتقابل مع المائل له من الشعر الصغير للجهة المقابلة ثم يندغمان هناك في البظر من أسفل . ويحتوى الجلد المكون للشفرين الصغيرين على كثير من الأعصاب ولذا كان الشفران المذكوران كثيرى الاحساس . ويحتوى أيضا على كثير من الغدد الدهنية والاولعية النعومة الشعرية والافاوية . (البظر) يتكون البظر من اجتماع جذرين من نسيج انتصابى يسيمان بالخصمين المحوفين ينشأ كل منهما من الفرع الوركى العائى لجهته ثم ينضممان لبعضهما فيكونانه وهو جسم مستدير بارز مشاره برقم (٤) يعالوه جزء آخر بارز ارتفاعه بعض المليمترات كثير الاحساس يسمى الخشفة . والبظر موضوع أمام الارتفاق العائى ومربط به برابط يقال له الرباط المعلق للبظر وموضوع أيضا أمام الزاوية الفرجية المقدمة المكونة من تقابل الطرفين العلويين للشفرين العظيمين للفرج . ثم ان البظر يتكون خلا التسيج الانتصابى البادى ذكره من أوعية شريانية غليظة حلزونية الشكل وأوعية لمفاوية وشعرية وكثير من الأعصاب . وقد يكون البظر ناميا عند بعض النساء فالصريات الحقيقية والسودانيات يقطع منهن مع الشفرين الصغيرين عند ما يكون عمرهن سبع سنين تقربا ويسمى هذا القطع ختان البنات وهذا الختان وان كان مؤلما وقتئذ الا أنه يحى لان الافراز الدهنى المنفرغ من هذه الاعضاء ان لم تقطع رجما تزحف وأحدث التهابات شفرية فرجية قد تمتد الى المهبل بل والى قناة مجرى البول . ومن جهة أخرى فان هذا القطع يقلل اشتهاه البقت فانه لا بظر ولا شعر لديها ينشأ عنهما احتكاك جالب للاستهاه وحينئذ لاتصير البنت من ضغرها عصبية . ويترتب على هذا الختان أيضا عدم بشاعة المنظر للفرج لانه قد أزيلت عنه الاجزاء البارزة المشوهة له

( في دهليز الفرج ) دهليز الفرج هو الجزء المشار له برقم (٥) وهو على شكل مثلث قننه الى أعلى وقاعدته الى أسفل فيها الفصّة الظاهرة لقناة مجرى البول (أى الصماخ البولي) وهي المشار لها برقم (١) . وهذه الفصّة كثيرا ما تفسر معرفتها على الطبيب أو القابلة متى كانت المرأة مستترّة خصوصا اذا كانت الفصّة محاطة بانخفاضات صغيرة تلبس بها . وغشاء بكارة العذراء المشار له برقم (٨) يوجد أسفل الصماخ البولي المذكور . والحفرة الزورقية للفرج المشار لها برقم (٩) توجد أسفل غشاء البكارة . وهي انبعاث واضح عند من لم تلد وغير واضح عند غيرها . والشوكة الفرجية المشار لها برقم (١٠) توجد أسفل الحفرة الزورقية . والعجان الحقيقي هو المسافة التي تفصل الفرج من قصّة الشرج ومشار لها برقم (١١) . وقصّة الشرج موجودة أسفل العجان ومشار لها برقم (١٢)

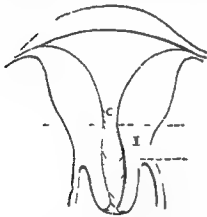
**تنبیه** يوجد عدد عظيم من الغدد الدهنية والمخاطية في أجزاء الفرج خصوصا في الدهليز والشفرين الصغيرين وقلقة البظر . ويوجد في قصّة جهتي المهبل زوج من الغدد الكبيرة الحجم تنفتح في محاذة اجتماع الثلث المتوسط والثلث السفلي للفرج وهذه الغدد تسمى بالغدد المهبيلة الفرجية أو بغدد (بارتولين) رقم ١٥ وحجم كل واحدة منها مثل حجم الحوزة تقريبا وهي من الغدد الغددية ومغطاة بالعضلة العاصرة . المهبيلة . والفرج يتمدد قليلا وتتمرق زاويته الخلفية في كثير من الاحوال خصوصا في الولادة الاولى . ولكونه يتمدد بصعوبة وقت مرور رأس الجنين منه لا يعود لقطره الاول الا بصعوبة بعد الولادة ولذن يصير الفرج رخوا ذابلا عند متكررة الولادة سيما اذا كانت الولادة متتابعة بدون فترة

(في المهبل وغشاء العذراء) المهبل قناة عضلية غشائية ممتدة من الفرج الى الرحم متجهة من أسفل الى أعلى ومن الامام الى الخلف ومفرطة عرضا وجدارها المقدم ملاصق لجدارها الخلفي وبذلك تكون هيئتها كشق مستعرض أفقي عرضها من (٣) الى (٤) سنتيمترات وطولها نحو (١٠) سنتيمترات . ويميز للمهبل حافتان جانبيتان وطرفان علوي وسفلي وجداران مقدم وخلفي لكل منهما وجهان ظاهر وباطن . ويوجد وسط الوجه الباطن لكل منهما بروز مستطيل يسمى بالعمود المهبلي ينتهي المقدم منهما في الفرج خلف الصماخ البولي بجزء أكثر سعة وبروزا من

بأقرب أجزائه يسمى بحدبة المهبل أو البصلة المهبيلة وتكون كدليل للولادة عند ما يريد فسطرة مشاة المرأة . وعلى جانبي عمود المهبل تنكزس جدره على هيئة ثنيات مستعرضة تكون كثيرة الوضوح كلما قربت من الفرج وهي والاعدة تغل وضوحا كلما صعدت ونزول بالوصول الى الرحم . ويوجد في تخذبات هذه الثنيات كثير من الحلمات . والجدار الخلفى للمهبل مرتكز من أعلى على المستقيم كما في شكل (٩) المتقدم ومن أسفل على الجان منفصلا عن المستقيم بمسافة مثناة قاعدتها الى أسفل وقتها الى أعلى ممثلة بنسيج خلوى شخصى وهذه المسافة هي الجان الحقيقى كما هو مبين فى شكل (٩) المذكور . وعند تباعد المهبل من أعلى عن المستقيم ينزل البريتون المغلف للوجه المقدم للجزء العلوى من المستقيم الى أسفل فى نقطة اتصالهما ثم ينعطف صاعدا الى أعلى مغلفا للوجه الخلفى من الجزء العلوى للمهبل وهذا الانعطاف يكون قعر كيس عمقه من (١٥) الى (٢٠) ملجئا تأتى فيه الامعاء أحيانا ويسمى قعر كيس (دوجلا) كما هو واضح فى الشكل المذكور . والجدار المقدم للمهبل مقعر قليلا ومجاور من أعلى للثانة التى تغطيه فى مسافة (٢) سنتيمترات تقريبا ومجاور من أسفل لقناة مجرى البول التى تتبع سبيله الى الفرج كما هو واضح فى الشكل المتقدم . والحافتان الجانبيتان تجاوران من أعلى الى أسفل الجزء السفلى من الارتبطة العريضة للرحم والنسيج الخلوى تحت البريتون والصفاق الحوضى والعضلة الرافعة الشرجية . والطرف العلوى للمهبل يندغم حول عنق الرحم كما هو واضح فى شكل (٩) انما الجدار المقدم منه يندغم فى محاذاة اجتماع الثلث السفلى بثلثه المتوسط . والخلفى يندغم أعلى ذلك أى فى محاذاة اجتماع الثلث المتوسط بالثلث العلوى ولذا كان أطول من المقدم باثنين سنتيمتر . ومن هذه الاندغامات تتكون قعور أ كياس مهبيلة الخلفى منها أكثر غورا . والطرف السفلى أ كثر سمكا من باقى أجزائه وينتهى فى الفرج بالقفص المهبيلة وبغشاء بكارة العذراء التى لم يسها ذكر لكن هذا الغشاء ليس قائما بنفسه بل هو منتهى الغشاء المخاطى المهبلى وبناء على ذلك تكون فتحة غشاء البكارة هى بعينها فتحة المهبل المشار لها برقم ٨ من شكل (١٠) وهذه الفتحة تكون حلقة ومركزية فى الغالب وقد تكون فى الجزء العلوى من الغشاء أسفل قناة مجرى البول وليست

منفصلة عن فتحة الصماخ البولى الا بالحافة الخلفية لها والبصلة المهبلية فشكلها اذن يكون هلاليا كالفشاء المكون لها . وأحيانا تكون خطية عمودية أو ذات فتحتين أو أكثر وتسمى حينئذ القربالية . وقد لا توجد فتحة مهبلية فبتراكم دم الحيض داخل المهبل متى بلغت المرأة فيلتجأ لعل فتحة صناعية . ومحيط فتحة غشاء البكارة تارة يكون سميكاً ذا مقعرة عظيمة فلا يتمزق بالجماع لكن على العموم يكون رقيقاً سهل التمزق من أول جماع متصل غرقته الى جدار الفرج والاهداب الناشئة عنها تسمى الزوائد الآسية . (تركيب المهبل) يتركب المهبل من ثلاث طبقات باطنة مخاطية وظاهرة خالوية ووسطى عضلية أليافها ملسا ويوجد في جزئه السفلى من الامام والخلف بصلته المكونتان من نسج انتصابي كنسيج البظر وأحيانا يكون بالمقدمة منها حفرة تسكنها الغدة الفرجية المهبلية

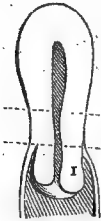
(في الرحم) - الرحم مجلس تزييف الحيض يحمل البیضة الملقحة زمن الحمل ثم يقذفها الى الخارج متى تم نموها وعند خلوها منها يوجد في تجويف الحوض الصغير بحيث يكون محوره الأعظم مقابلا لمركز المضيق العلوى تقريبا وهو مثبت بأربطة كثيرة المرونة بها يمكن تغير موضعه في حالتي فراغه وامتلائه . ففي مدة فراغه يندفع الى الامام لامتلاء المستقيم أو الى الخلف لامتلاء المثانة أو الى الأسفل لضغط الامعاء عليه من أعلى وقد توجد أسباب مرضية توجد هذا التغير . وأما في مدة امتلائه فيرتفع الى أعلى . وشكله حين الخلو من البیضة يكون على هيئة القرعة التي يستعملها صيادو الاسماك أى ان له انتفاخين منفصلين عن بعضهما بجزء ضيق يسمى البرزخ . أحدهما علوى وهو جسم الرحم وشكله كثرى مفرطح من الامام والخلف وجزؤه الاكثر ارتفاعا هو قاعه كما هو



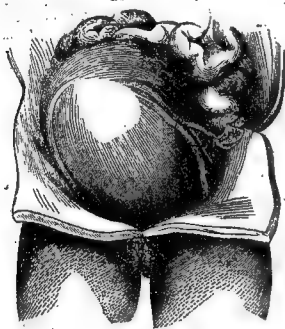
شكل (١١)

مبين في شكل (١١) . والآخر سفلى وهو أقل حجما من الاول ويسمى عنق الرحم . ويقسم المهبل هذا العنق الى قسمين علوى خارج المهبل وسفلى داخله يسمى (بوز القدم) وهو الذى يبرز عند الكشف بالنظار على الرحم . وطول عنق الرحم من (٩) الى (١١) ملليمتر من الامام

شكل (١١) هذا الشكل يبين صورة الرحم مدة فراغه  
(٣)



ومن (١٤) الى (١٦) من الخلف كما هو مبين في شكل (١٢) وينتهي عنق الرحم في المهبل بقعة على صورة شق مستعرض حافتها مستديرة . أما اذا كان الرحم محتويا على البضة فانه يتغير شكله بتدبيره في الشكل الكعبرى المقرطح يكتب هيئة الجدانة ثم يصير بيضاويا تاما كما في شكل (١٣) ومع هذا التغير لا يفقد الرحم شيئا من سمكه ولا يغير مجاوزته للبريتون ولكن كلما عظم حجمه صعد الى تجويف البطن وبالم يقاعه الى الامام واليمين شكل (١٢)



كما هو مبين في شكل (١٣) المذكور  
(تركيب) - الرحم يتركب الرحم من ثلاث طبقات عضلية الاولى سطحية ضفيرة الشكل والثانية غائرة سمكية مكونة من ألياف حلقيية والطبقة الثالثة موجودة بين هاتين الطبقتين وتتكون من ألياف طولية السطحية منها تحنى على هيئة عرى لمرورها في الألياف الحلقيية لعنق الرحم كما هو مبين في شكل (١٤) وللرحم وجهان

شكل (١٣)

ظاهر وباطن فالظاهر يشتمل على سطحين وثلاث حافات وثلاث زوايا . أما السطحان فمقدم وخلفي . فالقدم محدب قليلا ومغطى بالبريتون في جميع امتداده الا الجزء الكائن أعلى المهبل من عنقه فانه ملتصق بالوجه الخلفي للثانة في امتداد قدره من (١٤) الى (١٥) ملتصقا كما هو واضح في شكل (٩) المتقدم الذكر . والخلفي أكثر تحديبا من المقدم ومغطى أيضا بالبريتون في جميع امتداده بل وينزل على الجزء العلوى من الجدار الخلفي للمهبل . والثلاث حافات احدها العليا واثنان جانبيتان . فالعليا مكونة لقاع الرحم ومحدبة قليلا عند من لم تلد ومغطاة بالبريتون ومشار لها بحرف ألف الفرنسوى من شكل (١٥) (انظر شكل ١٤ ١٥٩ مع شرحهما بصحيفة ١٩)

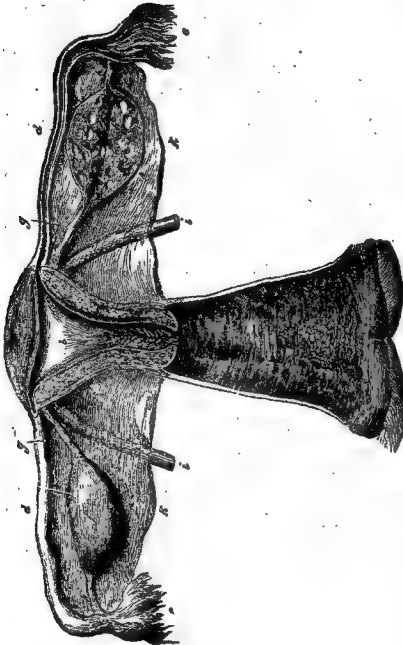
شكل (١٢) هذا الشكل يشير الى وزن القنومة

شكل (١٣) هذا الشكل يبين هيئة الرحم آخرملة الحمل مع المنحالة الى اليمين

والحافتان



شكل (١٤)



شكل (١٥)

والحافضان الجانبيين  
تندغم فيهما الاربطه  
العريضة والبروتة  
ويمر في محاذها اندغام  
هذه الاربطه  
الاوعنة والاعصاب  
الرحمية . والثلاث  
زوايا منها اثنتان  
جانبيتان وواحدة  
سفلى فالجانبيتان  
متصلتان بالبوقين  
المشار لهما بحرف  
(د) من شكل (١٥)  
والسفلى مكونة  
لعنق الرحم حرف  
صفر فرنسوى .  
وينقسم الوجهه  
الباطن الى قسمين  
علاوى وسفلى . فالعلاوى  
تجوبف جسم الرحم  
حرف (ب) شكل  
(١٥) المذكور  
ومبطن بغشاء مخاطى  
رقيق لا يتجاوز سمكه  
(١) المليمتر ولونه

شكل (١٤) هذا الشكل يشير للرحم فى انتهاء هذه الخل لرؤية أنواع اليافه الثلاث فرقم (١) بشير للاليف  
الضغريه ورقم (٢) بشير للاليف الطويله ورقم (٣) بشير للاليف المستعرضه (أى الخلقية)  
شكل (١٥) هذا الشكل يشير الى رحم مفتوح من الامام تجويفه مؤشرا له بحرف (ب) والى بوقيه اليسارى  
منهما مفتوح كذلك والى مبيضيه اليسارى منهما مقطوع ليرى فى باطنه البويضات ويشير الى رباطيه  
لعر يضين والبرومين والى المهبل المفتوح من الامام أيضا المتندغم فى عنق الرحم

وردى وسطحه السائب، وشم بأخلية بشرية اسطوانية الشكل ذات أهداب اهتزازية . ويحتوى هذا الغشاء على غدد قنوية منفصلة على سطحه السائب وكثير من الاوعية الدموية والأفاوية والأعصاب . والسفلى تجويف عنق الرحم حرف (ن) شكل (١٥) ومبطن أيضا بغشاء مخاطى رقيق أخيلته البشرية اسطوانية ذات أهداب اهتزازية وغدده عنقودية تفرز مادة غروية نجيصة كبياض البيض ثم تتراكم مدة الحمل وتكون سدادة سميكة غروية قوامها بين الصلابة والرخاوة تسد فتحة عنق الرحم وتخرج في ابتداء المخاض على صورة سائل غروى . وقد تسد قمعات بعض هذه الغدد فيتراكم افرازها داخلها واذن تتمدد وتكون حبوبا بارزة تسمى بيض نابوت . وهذان التجويفان منفصلان عن بعضهما بالفتحة الباطنة (أى العليا من عنق الرحم)

(أربطة الرحم) - الرحم محفوظ بامتدادين غشائيين عريضين يسميان الرباطين العريضين أحدهما فى الجهة البنى والاخر فى اليسرى وهما نلتجان من انعطاف واجتماع ورقى البريتون ويمتدان من الحافتين الجانبيتين للرحم الى الجهتين الجانبيتين لحدار الحوض وهما المشارلهما فى شكل ١٥ بحرف لـ ويشتمل كل منهما على ما شتمل عليه الآخر . ولكل رباط منهما أربع حواف عليا وسفلى وجانبين . فالعليا لها ثلاث ثنيات مقدمة ووسطى وخلفية . فالقائمة يوجد فيها الرباط المبروم للرحم حرف (اى) فرنسوى وشكله مستدير وهو نائى من الزاوية العليا للرحم أسفل اتصال البوق به ثم يتجه بالتحراف من الخلف الى الامام مازا بالقناة الاوربية الى أن يندغم فى العانة وفى الشفر العظيم للفرج . والوسطى فيها البوق حرف (د) من هذا الشكل وطرفه الوحشى سائب عريض مشرذم يسمى صيوان البوق حرف (ايه) فرنسوى بشكل ١٥ . وهو محفور بقناة ذات طرفين انسى ووحشى فالانسى يتصل بالراوية العليا للرحم والوحشى سائب وهو المكون لتجويف صيوان البوق . والبوق اليسارى فى هذا الشكل مشقوق لرؤية باطن قناته . والخلفية للحافة العليا محتوية على المبيض حرف (ف) فرنسوى والمبيض اليسارى مشقوق لثرى فى باطنه حووصلات جراف المشارلهما بحرف (ف) . وللمبيض طرفان وحشى وانسى فالوحشى مرتبط به صيوان البوق بواسطة جزء

سقط على هيئة ميزاب مشاره بحرف (ح) والانسي ينشأ منه رباط ليقى خوف  
(ج) يتجه نحو زاوية الرحم العليا المقابلة الى أن يندغم فيها أسفل وخلف اتصال  
البوق بالرحم بقليل . والحافة السفلى للرباط العريض موجودة على أرضية  
الحوض ومستتر مع بريتون قاع تجويف الحوض . والحافتان الجانبيتان احدهما  
أنسية والاخرى وحشية فالانسية متصلة بورقى الوجه المقدم والخلقى للرحم والوحشية  
متصلة ببريتون الجدار الجانبى للحوض . وبهذه الاتصالات ينقسم تجويف الحوض  
الى قسمين مقدم وخلقى فالقدم توجد فيه المثانة والخلقى فيه المستقيم . ويوجد  
خلال ورقى كل رباط من جهة الرحم نسيج خلوى وألياف عضلية ملساء مسترة  
مع الالياف العضلية الرجية تمر فيها الاوعية الدموية والمفاوية والاعصاب الرجية  
وغيرها . وينشأ من الجهة الجانبية للوجه الخلقى من الرحم في محاذاة اندغام جسمه  
بعضه ألياف تنجه الى الخلف مارة بجانبى المستقيم ثم تندغم في الوجه المقدم  
للجهاز في محاذاة اتصال فقرته الثالثة بالرابعة وبذلك تعد فقرتين دوجلا من جهته  
وقد شرح بعضهم رباطا آخر مقدما للرحم يسمى الرباط الرحمى الثانى وهو ثنية  
بريتونية تحتمل ألياف عضلية متفرقة .

(خواص الرحم) - خواص الرحم أربعة الاحساس والانقباض والتدد  
والمرونة . نفاضا الاحساس والانقباض لا تظهران بوضوح الا فى آخر مدة  
الحمل وحينئذ تكونان ظاهرتين فسيولوجيتين وهما المعروفتان بالطلق فوجودهما  
علامة على الولادة . وخاصية التدد تتحقق بينما يأخذ الرحم حجما عظيما آخر  
مدة الحمل بدون ان يتزق . وخاصية المرونة تتحقق برجع الرحم المتدد الى  
حجمه الاول فى أقل من ستة أسابيع عقب الولادة .

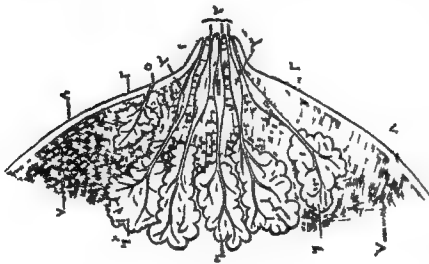
(فى البوق) - البوق هو المشاره بحرف (د) من شكل (١٥) وهو قناة توصل  
تجويف الرحم بتجويف البريتون وتغمر منها الحيوانات المنوية وتوصل البيضة الى  
تجويف الرحم . وطوله نحو (١٢) سنترا . وينقسم الى ثلاثة أقسام . انسى ضيق  
القطر داخل الرحم يصعب دخول شعرة الحلووف فيه . ومتوسط يسمى جسم البوق .  
ووحشى يسمى صنوان البوق شكله قصى قته نحو القناة ودائره سائبة فى تجويف  
البريتون وموشحة بشرابات حرف (اى) شكل (١٥) ثم ان احدى شراياته محفورة



كلية زاب ومرتبطة في الطرف الوحشي برباط يسمى الرباط القنوي المبيض المشار له بحرف (ح) من هذا الشكل أيضا . والمتوسط ينقسم أيضا الى قسمين انسي مستطيل اتساعه من ٣ الى ٤ ملليمتر ويسمى برزخ البوق . ووحشي يتسع تدريجيا كلما اتجه الى الوحشية حتى يصير اتساعه نحو ثمانية ملليمترات ثم يضيق حتى يصير اتساعه من ٣ الى ٤ ملليمتر . ويتركب البوق من ثلاثة أغشية ظاهرة ومتوسط وباطني . فالظاهرة مصلى يرتوي ينعطف داخل الصيوان الى أن يتصل بغشائه المخاطي . والمتوسط متركب من ألياف عضلية بعضها حلقى والآخر مستطيل . والباطني مخاطي . مكون لثنيات مستطيلة متمسكة من الصيوان الى تجويف الرحم ومغطى بشرة أخلتها اسطوانية موشعة بأهداب اهتزازية

(في المبيض) - المبيض هو العضو الاصلى للجهاز التناسلى للراة لانه تتكون فيه حويصلات جراف حرف (ف) شكل (١٥) وهذه الحويصلات تتكون فيها البويضات وشكله لوزى ومصرطح من الامام والخلف . وطوله نحو ٤ سنتيمتر وعرضه نحو (٢) سنتمتر وبمكة نصف سنتيمتر . ويوجد مبيضان أحدهما يمين الرحم والاخر يساره كما في الشكل المذكور . وله وجهان وحافتان وطرفان . فالوجهان مقدم وخلفي . فالمقدم متجه قليلا الى أعلى ومحاور الامعاء . والخلفي متجه قليلا الى أسفل . والحافتان عليا وسفلى فالعليا محدبة قليلا والسفلى ملتصقة بورقي الرباط العريض ومستقيمة الاتجاه تقريبا وبها غمراً الأوعية والاعصاب الميضية . والطرفان انسي ووحشي فالانسي مستدير ومرتبطة بالرباط المبيض المشار له بحرف (ج) شكل (١٥) . والوحشي مرتبط بصيوان البوق بواسطة الجزء الخلفي لاحد شرايينه حرف (ح) من هذا الشكل . ثم ان وجهي المبيض يكونان أملتسين قبل البلوغ ومن البلوغ فصاعدا الى سن اليأس يصير السطح المقدم العلوى خشنا غير منتظم بسبب أثر الالتصام التي تحصل عقب انفجار حويصلات جراف زمن كل حيض أما بعد سن اليأس فيصير المبيض ضامرا . ويوجد دائما في كل مبيض من البلوغ الى سن اليأس نحو (١٥) حويصلة جرافية ترى بالنظر المجرد وهي المشار لها بحرف (٥) في المبيض اليسارى شكل (١٥) (تتبع للاعضاء التشريحية) في الثدي - الثدي عضو غددى معدة لافراز لبن الرضاع ومشار له

بشكل



شكل ١٦

بشكل (١٦)  
وكان في الجهة  
المقدمة الجانبية  
للصدر في مسافة  
ممتدة من الضلع  
الثالث الى السابع  
. ويختلف شكله

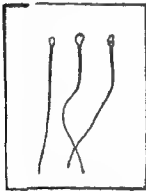
باختلاف سن المرأة

وعادة يكون شكله كصف كرة عند الشابة القوية البنية . والندى وجهان ودائرة  
فالوجهان ظاهر وباطن . فالظاهر محدب أملس يوجد وسطه جزء بارز يسمى بالحلمة  
مشار لها برقم (١) من هذا الشكل ويحيط بها جزء حلقى يختلف لونه من السمار  
الخفيف الى الغامق يسمى هالة الندى ومشار لها برقم (٢) تحتوي على غدد دهنية  
وعرقية واخرى ندىية صغيرة قناتها امشار لها برقم (٥) وفصتها الطاهرة مشار لها برقم  
(٣) . وقد تكون تلك الغدد بارزة عن الندى . وليس تحت جلد الهالة نسيج شحمي  
بل ألياف عضلية بانقباضها تتكون الثنيات الجلدية لها . وطول الحلمة من ١٠  
الى ١٥ ملليمترًا وسماكها من ٨ الى ١٠ ملليمترات وشكلها اسطوانى ولونها عادة  
وردى عند النساء البيض وسطحها موشع بمحلمات واضحة تحت الجلد المغطى  
لها . ثم انها تشتمل على أطراف القنوات المخرجة للبن المشار لها برقم (٣)  
وتشتمل أيضا على أوعية وأعصاب . واما الوجه الباطن للندى فهو مقعر ومغطى  
بصفاق من نسيج خلوى وموضوع على الوجه المقدم للعضلات الصدرية . وأما دائرة  
الندى فهي مجاورة للانسجة المحيطة بها . (في تركيب الندى) - يتركب الندى  
من عضو أصلى وهو الغدة الندىية المتكونة من عناقيد شبيهة بعناقيد الكرم  
المشار لها برقم ٦ وكل عنقود له قناة عمومية مشار لها برقم (٢) من الشكل  
المذكور . وعدد العناقيد من (١٢) الى (٢٠) عنقودا في كل ندى . وعند بعض  
النساء السمان يوجد جزء عظيم من النسيج الشحمي يحيط بغدة الندى ومشار له برقم  
٧ من الشكل المذكور

(في الوظائف الفسيولوجية لأعضاء التناسل الباطنية) - (الحيض) هو الدم الذي ينزل كل شهر من الرحم مدة ثلاثة أو أربعة أيام عادة وقد يمتد الى سبعة أو ثمانية أيام وابتدائه من سن البلوغ الى سن اليأس الذي هو في الغالب نحو خمس وخمسين سنة تقريبا . ويسبق نزول الدم سائل مخاطي وردي ثم يصير دما صافيا وبعد ذلك يهت شيئا فشيئا الى أن ينقطع . ويقف نزوله زمن الحمل وفي أكثر مدة الرضاعة . وكية الدم الخارج في كل حيض من ١٠٠ الى ٥٠٠ جرام فإذا تجاوز ذلك يكون عند المرأة نزيف رجي وقد لا يحصل الحيض عند بعض النساء بل يعوض بنزيف أنثى أو شعبي أو معدى يخرج دمه بالقيء وقد يكون ذلك مع نزول الحيض . ثم ان دم الحيض يأتي من الاوعية الدموية السطحية للغشاء المخاطي الرجي لانها تحتل فتتفرق في هذا الزمن ويتكرر ذلك في كل ثمانية وعشرين يوما من كل شهر قري في الغالب وقد يكون كل ثلاثين يوما أو (٢٢) أو أقل من ذلك الى نحو (٢٥) أو (٢٤) يوما . وقد يسبق نزول الحيض ظواهر احتقانية عمومية أعراضها آلام قطنية وثقل في البطن وازدياد في حجم الثديين وتغير في تقاطيع الوجه وأحيانا طمع هرسى على الشفتين وتغير في الخلق فتصير المرأة خزيئة أو منهجة . وظهور الحيض أول مرة عند النساء يختلف باختلاف الأقاليم والبنية في البلاد المعتدلة يظهر في سن ١٤ الى ١٥ سنة وفي البلاد الحارة في سن ١٢ وفي البلاد الباردة في سن ١٦ أو ١٧ ونصف وقد يتقدم عن ذلك أو يتأخر لاسباب أخرى منها الوراثية عن الاقارب ومنها التغذية والتربية والاطامة في المدن الى غير ذلك . وكما أن ظهور العادة يختلف باختلاف الاقاليم كذلك يكون انقطاعها ففي فرنسا تنقطع في سن ٤٠ الى ٤٥ سنة وفي الهند تنقطع في ٣٠ سنة أو ٣٥ وفي البلاد الباردة تنقطع في سن ٥٠ الى ٥٥ ومع ذلك فقد تختلف أيضا في نفس الاقاليم تبعا لبنية المرأة . وقد يتأخر الحيض بسبب تأثير مرض أو برد أو خوف كما قد يتأخر اذا كانت المرأة عقيمة مشبهة للولد . وحصول الحيض مرتبط بنمو حويصلات جراف وانفجارها وخروج البويضة بحيث قد شوهد أثر القمام حديثة عند المرأة التي ماتت زمن ابتداء الحيض أو قبل حصوله بقليل وقديمة عند التي ماتت بعد انقطاعه مدة وهذه الاثر الانصامية

لا توجد في جثة البنت التي ماتت قبل البلوغ ولا في التي ماتت بعد سن اليأس  
بزمن طويل وإن الحيض يتقطع بعد استئصال المبيضين . وقد يحصل العلق  
بدون حيض كما يحصل الحيض بدون غزو في إحدى حويصلات جراف وبدون  
تكوين البويضات وحينئذ فلا علاقة بين حصول الحيض وغزو حويصلات جراف  
وتكوين البويضات كما أنه لا علاقة بين غزو حويصلات جراف وتكوين البويضات  
بالحيض والقائلون بعدم العلاقة بين ما ذكر أسسوا رأيهم أولاً على أنه لم ير على  
الدوام آثار غزو الحويصلات عند النساء اللاتي قُضِيْنَ نَحْبُهُنَّ في مدة الطمث أو  
عند انتهائه . ثانياً على الأحوال النادرة التي فيها يحصل الحمل مع ان المرأة لم  
تُحْضْ أصلاً . ثالثاً على بعض مشاهدات حصل فيها الحيض منتظماً عقب استئصال  
المبيضين . ولكن مع ما ذكر من هذه المشاهدات لم نزل نقول ان الحيض هو  
نتيجة غزو حويصلات جراف وانفجارها وغزو البويضة وانفصالها وأنه لا يتأق حصول  
الحيض بدون ذلك

❦ في السائل المنوي ❦ - السائل المنوي مادة لزجة نخبنة ذات لون أبيض معتم



رائحته كرائحة طلع الضل يحتوي على حيوانات شكل (١٧)  
كثيرة الحركة قد استكشفتها (لويهام) سنة ١٦٧٧ م  
ويتركب كل حيوان من خلية مستطيلة خيطية ذات طرفين  
ينتهي أحدهما بانتفاخ يضاوي الشكل هو الرأس وقطرها  
نحو ٥ ملليمترات والطرف الآخر دقيق مستطيل هو الذنب  
طوله نحو ٤٥ ملليمترا ويقتل الطرفين جزء رفيع طوله  
٥ ملليمترات . ثم إن هذه الحيوانات توجد في السائل

شكل (١٧)

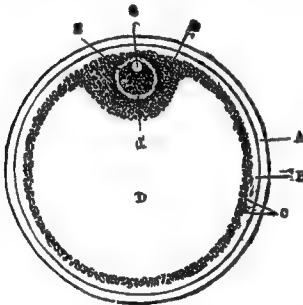
المنفرز من القنوات المنوية المكونة للغصية من سن البلوغ الى ٨٠ أو ٩٥  
سنة . وتحفظ حيويتهما وحركتهما وقوة خصبهما في السوائل القلوية التي حرارتها  
تعادل حرارة الجسم أي ٣٧ درجة وذلك إذا لم يطرا عليها ما يفقدها أو  
يضعف قوتها كأن يضاف الى السائل المنوي ماء بسيط أو جصى . والسائل  
المنوي لا يشتل على تلك الحيوانات إذا كان مفرزا من خصيتين مريضتين

❦ في تلقيح البضة ❦ - متى دخل السائل المنوي في المهبل زحفت حيواناته الى

شكل (١٧) هنا الشكل يشير لحيوانات منوية

الرحم ومنه الى البوق ثم الى سطح البيض ولقحت البيضة متى قابلتها ودخلت فيها ثم تقف فلاذن غمر البيضة في البوق بواسطة الحركة الاهتزازية الناشئة عن الخلايا البشرية لغشاء قنائه وبانقباض أليافه العضلية الى أن تصل الرحم ففيه تمكث وتكابد أطوارها المختلفة كما سيأتي . والمقابلة اما على نفس البيض أو في الطرف الوحشي للبوق فلذا لم تحصل المقابلة في احدى هاتين النقطتين لايحصل التلقيح لان البيضة اذا تجاوزت الطرف الوحشي أحبطت بمادة زلالية تعوق بل تمنع دخول الحيوانات المنوية فيها وبناء على ذلك يكون العقم لدى الرجل غالبا ولذا يلزم بحث منيه بالميكروسكوب مهما كان عنده من جودة الصحة وقوة البنية حتى لو سبق أنه أعقب لا يستدل بذلك على وجود الحيوانات المنوية وقتئذ

وفي وظائف البيض وبيضة المرأة - وظيفة البيض تكوين حويصلات جراف حرف (ف) من شكل ١٥ المتقدم وكل حويصلة جرافية تتركب كافي



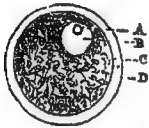
شكل (١٨)

شكل (١٨) . من غلاف خلوي  
ظاهر حرف (آ) مبطن بطبقة  
بشرية حرف (ب) داخلها طبقة  
مكونة من خلايا منضمة لبعضها  
ومكونة لغشاء محجب حرف (ث)  
يسمى الغشاء المحجب لبروز هذه  
الخلايا جهة الداخل أى الى باطن  
الحويصلة الذي هو تجويف ممتلئ  
بسائل يسمى سائل الحويصلة حرف  
(د) وفي جزء السطح الباطني من هذا

الغشاء المحجب جزء سميك يسمى قرص الغشاء المحجب حرف (ج) فيه جسم صغير قطره من (١) الى (٢) من مائة جزئين المليمتر هو البيضة حرف (إي) فكل حويصلة جرافية تحتوى على بويضة وقد تحتوى على أكثر . ومتى تم غمر البيضة كما في شكل (١٩) . كانت مركبة من الغشاء الصفاري حرف (د) الذي يحتوى بطنه على مادة مائلة (انظر شكل ١٩ مع شرحه في صحيفة ٢٧)

شكل (١٨) هذا الشكل يشير لاحدى حويصلات جراف

لتجويغه تسمى المح أو الصفار وهي مادة (بروتوبلاسمية) حروف (ث) ويوجد في جزء من

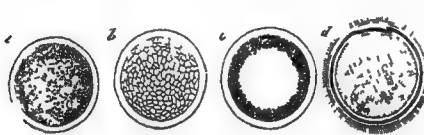


هذه المادة خلية تسمى الحويصلة الجرثومية حرف (ب)  
تتضمن على نقطة لماعة تسمى البقعة الجرثومية حرف  
(آ) . ثم ان الغلاف الظاهري للحويصلة كثير الاوعية  
الدموية قليلها نحو المركز وفي كل حيض تنمو حويصلة

شياً فشيأ حتى يهظم حجمها فتبرز على سطح البيض لزيادة شكل (١٩)

كثية السائل الموجودة في باطن الغلاف المحب لها ثم تنتهي غلافات تلك الحويصلة  
بالتمزق واذن يخرج السائل الى سطح البيض مصطبجا بالبيضة مع الجزء الملتصق  
بها من الغشاء المحب المكون لقرص يلتقطها صيوان البوق . وهذه هي ظاهرة  
البيض فاذا لم تلقح البيضة زالت بالذوبان والامتصاص أثناء مرورها من البيض  
الى الرحم أما اذا لم تلحق فشكايه من ذلك الوقت احتمالات عديدة

في احتمالة البيضة الملقحة والتكوين الجنيني - دلت التجارب على أن  
البيضة بعد تلقيحها في الصيوان تفقد حويصلتها وبقيتها الجرثوميتين كما هو



واضح في البيضة  
المشار لها بحرف

(آ) من شكل

(٢٠) . ثم بعد

دخولها في قناة

شكل (٢٠)

البوق يندئ تجزئهما (أي الصفار) كما هو واضح في البيضة المشار لها بحرف  
(ب) وعند وصولها الى الرحم يظهر في باطن غشاء الصفار غشاء آخر جديد يسمى  
بالبلاستودرم (أي الغشاء الجرثومي) الذي نشأ من انضمام مقصّل تجزئة الصفار

شكل (١٩) هذا الشكل يشير لبيضة امرأة نامة التمو غير ملقحة

شكل (٢٠) يشير لاحتالة بيضة المرأة الملقحة من زمن دخولها صيوان البوق الى زمن تثبتها  
في الرحم فالبيضة المشار لها بحرف (آ) تشير للاحتالة الاولى (أي زوال الحويصلة والبقعة)  
الجرثوميتين . والبيضة المشار لها بحرف (ب) تشير للاحتالة الثانية (أي تجزئة الصفار) . والبيضة  
المشار لها بحرف (ث) تشير للاحتالة الثالثة (أي تراكم مقصّل تجزئة الصفار لتكوين  
الغشاء البلاستودري) . والبيضة المشار لها بحرف (د) تشير للاحتالة الرابعة (أي ظهور  
البقعة العلقية والور السلائي) أي الحمل السلائي

كما هو واضح في البيضة المشار لها بحرف (ث) وبعد ذلك بقليل أى بعد أن تثبت بوبرها السلائى في بطين ثنية من الغشاء المخاطى الرجى المتضخم (الساقط) يظهر على جزء من غشائها البلاستودرى بقعة تسمى البقعة المضغية أى بقعة الكائن الجديد أى العلقة كما هو مبين في البيضة المشار لها بحرف (د) من شكل (٢٠) المذكور . فالوصول الى الاستحالة الاخيرة يحتاج لزمن من ١٥ الى ٢٠ يوما وبعد ذلك يصير الكائن واضحا كما هو مبين في شكل (٢١)



شكل (٢١)

الساقط والسلى والامنيوسى . فالغشاء آن الاخيران يكتوآن كيسا مغلقا فيه السائل الامنيوسى السابح فيه متصل العلوق وهذا السائل معد لحفظه من الصدمات والارتجاجات والانقباضات الرجبية والبطنية مدة الحمل ويسهل انزلاقه وقت الولادة بتنديبه للقناة التى يمر منها ويسهل أيضا تمدد عنق الرحم . وأما الغشاء الساقط فليس غشاء جديد التكوين بل هو نفس الغشاء المخاطى الرجى الذى صار مضغما بفعل التلقيح وفى احدى ثنياته تثبت البيضة الملقحة بحملها السلائى في جزءه الموجود بين الغشاء السلائى وجدار الرحم فهذا الجزء يسمى بالغشاء الساقط ثم ان الغشاء المذكور يأخذ في الضمور من الشهر الرابع للحمل حتى تأتى الولادة فلا يكون

شكل (٢١) يشير لكائن داخل غلافه (نسميه ملقحة) عمره ثلاثة أسابيع . فرسم (آ) يشير لهذا الكائن في حجمه الطبيعى داخل كبسه ورسم (ب) يشير الى ما أشار اليه رسم (آ) معظم اللحم ورقم (١) يشير للغشاء الامنيوسى ورقم (٢) يشير للحويلة السرية ورقم (٣) يشير لاول قوس بلعوى ورقم (٤) يشير لازرار الفلك العلوى في هذا القوس ورقم (٥) يشير للقوس الثانى البلعوى وشاهد خلفه قوسان صغيران ورقم (٦) يشير لابتداء الاطراف المقدمه ورقم (٧) يشير للحويلة الحقيقية ورقم (٨) يشير لعين ورقم (٩) يشير للقلب . ولتلم التكوين الخلقى يلزم زمن من (٢٥٠) الى (٢٥٥) يوما

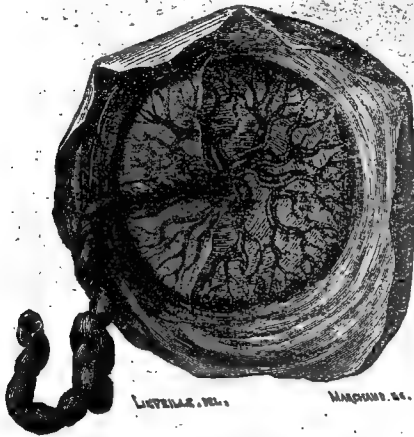
له أثر أو يكون عبارة عن نسج رفيع ندى عيون رقيقة جدًا وكلما ضم الغشاء الساقط تكون على السطح الباطن الرحم غشاء مخاطي آخر . والغشاء المنسج بالسلي هو غشاء الصفار المبطن بالسطح الظاهر للوريفة الظاهرة من غشاء متصل العساق المسجي بالبلاستودرم ويكون أملس في الابتداء ثم في الاسبوع الثالث من التلقيح يغطي من الظاهر بضمحل أغلبه بضم مع الغشاء الساقط المنتن والباقي منه ينمو غزوا عظيما فيكون المشيمة التي تكون واضحة في الاسبوع السادس . والغلاف الامنيوسي عبارة عن الطبقة الباطنة من الوريفة الظاهرة للغشاء البلاستودري التي تكون منفصلة من السطح الباطن للسلي في الاسبوع الاول بكمية من سائل زلالى ثم بعد ذلك ينحصر وحينئذ يلتصق بالسلي بواسطة نسج خلوى رقيق جدًا كما هو واضح في شكل (٢٢) . فالمضغة لا تكون مثبتة في الرحم إلا بالجبل السرى والمشيمة المشار لهما بشكلى (٢٣) و (٢٤) . فالمشيمة عبارة عن قرص مستدير خلوى وعائى فيها يتصون دم المضغة أى انها عضو تحيونها وتغذيتها فانه لا يوجد فى النسج الخلوى الموجود بين الرحم والمشيمة فتحات بها تنصل أو عمية المضغة بأوعية الام لأن الشبكة الوعائية للمضغة ملتصقة فقط بالشبكة الوعائية للام وبذلك لا يختلط دم الام بدم المضغة شكل ٢٢



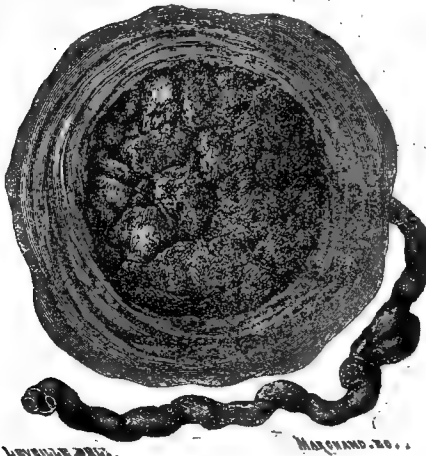
فدم المضغة يتصون بواسطة اندموزقازى . وتندغم المشيمة فى أكثر الاحوال فى قاع ( انظر شكل ٢٣ و ٢٤ مع شرحهما فى صيغة ٣٠ )

شكل (٢٢) يشير لمضغة تامة التكوين فى الشهر الرابع فى ثلث حجمها الطبيعى وغلاقتها مفتوحة لرؤية أغشيتها الثلاثة مجاوراتها فرقم (١) يشير للغشاء الساقط الطبيعى ورقم (٢) يشير للغشاء الساقط المعطف ورقم (٣) يشير للتجويف الرحمى ممثلا بالسائل الزلالى المحيط ورقم (٤) يشير لغشاء السلائى مجاورا لغشاء الساقط المعطف والفى تحله ضم ورقم (٥) يشير لسطح الباطن للغشاء السلائى أملس منفصلا عن الغشاء الامنيوسى بمغلفة متمثلة بسائل ورقم (٦) يشير لكبس الامنيوس محتويا على الماء الحقيق والمضغة ورقم (٧) يشير للمشيمة المضغية مكونة من نخل السلي المسجى الضخم





شكل (٢٣)

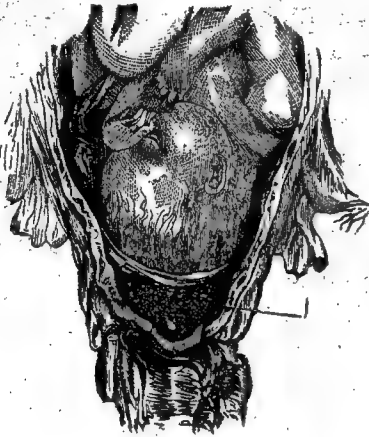


شكل (٢٤)

الزخم قرب باب قصبة  
البوق وقد تسدغم  
في الحزبة السفلى منه  
كما في شكل (٢٥)  
وفي الحبل المتضاعف  
يوجد عادة أكياس  
ومشيمات بعد المضعف  
الموجودة فني وجد  
خفيان كان لهما  
مشيمان كما هو  
واضح في شكل (٢٦)  
وأحيانا تسد داخل

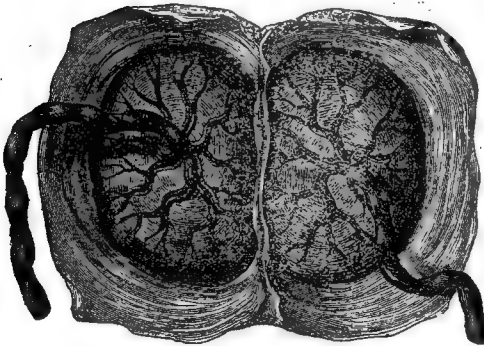
المشيمان في بعضهما  
في الحبل التوأمي  
بحيث يظهر انهما  
منضغتان انضغاما  
متنا لكن دورة  
كل منهما قائمة  
بنفسها كما هو  
واضح في الشكل  
المذكور . فني  
الحبل التوأمي  
لا يوجد الاغشاء  
(انظر شكل ٢٥)  
و ٢٦ مع شرحهما  
في صحيفة (٢١)

شكل (٢٣) يشير الى مشيمة منطوية من سطحها الباطن وجبلها السرى معقود  
شكل (٢٤) يشير الى مشيمة منطوية من سطحها الظاهر وجبلها السرى معقود أيضا



شكل (٢٥)

ساقط حقيقي ويوجد  
غشاء سلاقي اذا كان  
التوأمان آتيين من  
بيضة ذات جنونتين  
وغشا آن سلاسيان  
مميزان اذا آلى التوأمان  
من بيضتين مختلفتين  
وعلى كل حال يوجد  
غشا آن أمنيوسيان  
لان هذا الغشاء متولد  
من العلقنة نفسها  
لانه استطالة من جلد  
بطنها وبما أنه يوجد  
علقنان فيكون لكل  
واحدة



أمنيوس  
ثم ان  
المشيمة  
تتولد  
من  
الحويصلة  
البحقية  
وحيث  
ان لكل

شكل (٢٦)

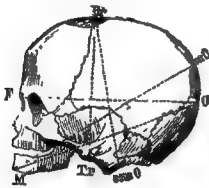
مضغة حويصلة

مجبقة خاصة بهما فيكون لكل مضغة مشيمة أيضا فاذا وجدت مضغة ثالثة تكون

شكل (٢٥) يشير لمشيمة مندعة في الجزء العلوي من حق الرحم  
شكل (٢٦) هذا الشكل يشير لمشيمتين متجاورتين ومتعلقتهما

اثنان آيتين من بيضة ذات جروميتين واذن لا يكون لهما الاغشاء سلائي واحد لكن يوجد ثلاثة أمنيوسات وثلاث مشيمات ويندر اختلاط الاغشية السلائية والمشيمات في تضاعف المضغ . والحبل السري مكون من غمد ظاهري هو جزء من الغشاء الامنيوسي وثلاثة أوعية أحدها وريد والاثنان شريانان وتسمى جميعها بالوعية السرية وكل منها محاط بمادة غروية هلامية تسمى هلام (ورت) والحبل السري ملفوف على نفسه عادة من اليسار الى اليمين

( في أقطار وهبة الجنين التام التكوين ) - اذا تم تكوين الجنين كان طوله تقريبا من العقب الى قمة الجمجمة ٥٢ سنتيمترا ورأسه يكون أعظم حجما لاطرفه المقعدي فإنه يتقص بالضغط عليه جملة سنتيمترات بخلاف الجمجمة فان غاية نقصها بالضغط سنتيمتر . وأقطار رأس الجنين التام هي كالمشار لها في شكل (٢٧) و (٢٨)



شكل (٢٨)



شكل (٢٧)

فشكل (٢٧) يشير الى رأس جنين منظور بقنفا لرؤية قطرها المستعرض المشاره بقطر عمود من حرف (ب) الى حرف (ب)

وهو الجدارى الجدارى

وشكل (٢٨) يشير الى رأس جنين منظور من جانبها لرؤية الاقطار الاخرى . فالقطر فوق المؤخرى الذقنى الممتد من حرف (أوسو) الى حرف (م) طوله (١٣) سنتيمترا ونصف . وفي المؤخرى الجبهى الممتد من حرف (أو) الى حرف (ف) (١٢) سنتيمترا . وفي القطر تحت المؤخرى القمى الممتد من (مس أو) الى (ب) (٩) سنتيمتر ونصف . وفي القطر القمى القمى الممتد من (ت ب) الى (ب) (٩) سنتيمترات . وفي القطر المستعرض أى الجدارى الجدارى الممتد من (ب) الى (ب) من شكل (٢٧) طوله (٩) سنتيمترات كذلك . وفي القطر الجبهى الذقنى الممتد من (م) الى (ف) (٨) سنتيمترات . ولقابلة تلك الاقطار باقطار نقاط المضيق العلوى لحوض المرأة يلزم معرفة اتجاه التدوير العظيم للجمجمة ووضع البافوخ المقدم

والخلفى

وانطلقى . فالتسدير العظيم بتغير شكله متى دخلت الرأس فى المضيق فعوضا من أن يبقى على هيئة شق غشائى يستحيل الى بروز عظمى لان حافة أحد العظمين الجداريين تعملوا الاخرى بالضغط الواقع على الرأس من المضيق المذكور . وأما اليافوخ المقدم فلا يتغير شكله بهذا الضغط انما تنقص سعته قليلا بخلاف الخلفى المثلث الشكل فانه ينمى بهـذا الضغط ويؤل الى انبعاج عظمى لان الزاوية العليا للؤخر تدخل تحت الزاوية الخلفية العليا للجدارين . ويعرف بوجود التسديرين المؤخرين الجداريين المتجهين الى الاسفل والوحشية وليس متقاطعين بتسدير آخرى كما فى اليافوخ المقدم ولذا لا يلتبس ببعضهما وأحيانا يحدد الاصبع مسافات لم تنظم فتبقى غشائية لكن لا تلتبس باليافوخ لعدم وجود تداريز متصلة بها وأحيانا تبقى جميع عظام الجمجمة بدون تعظم فيسمع بالضغط عليها بالاصبع فرقة غشائية لا تلتبس بالفرقة التى تسمع تحت الاصبع من المشيمة المندمجة على عنق الرحم . ووجود اليافوخ والتداريز يسمع بتناقص حجم الجمجمة بالضغط عليها ولكن هذا التناقص لا يكون عظيما لان الاغشية التى بين العظام غير قابلة للتمدد فلا تسمح لتركب العظام على بعضها الا بقدر ثلاثة الى أربعة ملائترات فى جميع جهاتها . وأعظم صغر للجمجمة يحصل من اعتدال عظام قبتها فيصير على هيئة قع السكر وفى هذه الحالة ينقص القطر المقدم انطلقى أى المؤخر الجبهى نصف سنتيمتر والقطر المستعرض أى الجدارى الجدارى سنتيمترا بخلاف القطر المؤخر الذقنى فانه ينقص من سنتيمتر ونصف الى ٢ سنتيمتر . ومن المحقق ان رأس الذكر أكبر حجما من رأس الانثى . وبلى الرأس فى عظم الحجم الجزء العلوى الجذع وقطره المستعرض الممتد من التوا الاخرى الى الآخر يكون من ١١ الى ١٢ سنتيمترا وهذا القطر ينقص بالضغط الشديد الى ٩ سنتيمترات ونصف وحينئذ ينخفض الكتفان ويتجهان الى الامام أو الخلف . ثم يلى الجزء العلوى الجذع فى الغلط المقعدة فقطرها ١١ سنتيمترا ويصير بالضغط تسعة سنتيمترات

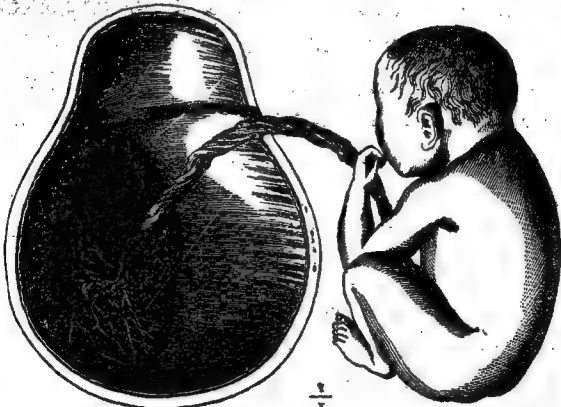
( كيفية وضع الجنين فى الرحم ) - جذع الجنين فى الرحم يكون منحنيا الى الامام ورأسه منتبئة الى صدره وذراعا موضوعين على جانبيه صدره وساعده

منتئين ومتصليين أمام القصر وبناء موضوعتين على جانبي الفخذين والفخذان منتئين على البطن والساقان منتئين على الفخذين والقديمان منتئين على الجبهة القديمة السابقين والعقبان متصلين ومتقاربين من الاليتين كما في شكل (٢٩) و (٣٠)



شكل (٢٩)

ومنى كان الجنين متكوراً بهذه الكيفية يكون شكله بيضاوياً وقطره الأعظم من (٢٨) إلى (٣٠) مستقيماً وطرفه الطيف هو الرأس وطرفه الصغير هو المقعدة . فالحيء بالقمة هو الأكثر حصولاً فإنه يوجد في (٢١) مولوداً واحد فقط آت بقير القمة . ولتناسب أقطار رأس الجنين مع أقطار المضيق العلوى والحوض والمضيق السفلى تتم الولادة الثانية . فالجنين التام التكوين لا يمكنه أن يمر من فتحة الحوض إلا بمشيئة إلى المضيق العلوى برأسه أو بمقعدته . وبما أن القطر المؤثرى الذقنى غير مواز لأقطار



شكل (٣٠)

تجويف الحوض لاسيما المضيق السفلى

فشكل (٢٩) يشير لوضع الجنين في الرحم

وشكل (٣٠) يشير لاندغام المشيمة في الرحم واتصال الحبل السرى بها والجنين

يلزم

يأزم خروج المؤخرى دائما قبل الذقن والرأس منتبذة أثناء تأما أو الذقن قبله  
والرأس منتبذة انبساطا كلياً وبذلك يصير أمغر أقطار رأسه وهو تحت المؤخر  
القوى أو القصى القصى موازيا لأقطار المصيق السفلى . والفصل المؤخرى الحاملي  
لا يسمح عند الشبان الا بحركات أثناء وانسائط محدودة جدا ويكون رخوا  
عند حديثي الولادة بحيث يسمح لهاتين الحركتين بالتأسع كاف حتى في حالة  
الانثناء ينبعج القص من الذقن . وفي الانسائط يلائم القفا الظهر . وأما حركات  
الانحناء الجانبى للرأس فهي سهلة جدا وحركاتها الاستدارية عظيمة بحيث يمكن  
أن تكون نصف دائرة تقريبا بدون أن يحصل غرق في الأربطة المفصلية ولا  
انضغاط محسوس في الفخاع

### ( المقالة الثانية في الحمل )

الحمل هو حالة مخصوصة تنصف به المرأة من وقت العلق الى وقت خروج مخصله . وينقسم  
الى حمل طبيعى ( أى داخل الرحم ) وغير طبيعى ( أى خارج الرحم ) وهذا الأخير  
يسمى باسم المكان الذى أخذت فيه البيضة مسكنا فيقال حمل بطنى اذا كان  
في البطن أو مبيضى اذا كان على المبيض أو بوقى اذا كان فى البوق أو خلالى اذا  
كان فى جزء البوق الداخلى فى الرحم . ومع ذلك فالحمل سواء كان داخل الرحم أو  
خارجه يكون بسيطا أو مركبا أو مضاعفا . فيكون بسيطا اذا لم يوجد إلا جنين  
واحد . ومركبا اذا وجد أكثر من واحد . ومضاعفا اذا وجد مع الجنين أو الأجنة  
شئ آخر متكون تكونا عارضا كمتكون كيس مائى أو ديدانى أو ورم أو وجود  
حالة مرضية أخرى موضعية كانت أو عمومية . ويقال حل كاذب اذا وجد شئ  
فى الرحم أو البطن ليس بجنين مثل تكون شخصى أو لوى أو لبنى أو غازى أو  
اضطراب عصبي فتتوهم المرأة أنها حامل وليس كذلك

❦ فى علامات الحمل الطبيعى البسيط ❦ - يعرف الحمل الطبيعى البسيط بعلامات  
عديدة قديمة وحقيقية . فمن الأولى الظواهر التى تشاهد فى الشهر الاول وهى  
انتفاخ الثديين مع نخس مؤلم فيهما وألم فى الاسنان بدون تسوس واضمحلال  
الوجه وتولونه بلون مخضر واحاطة الاعين بلون غامق والغيان والتلعب والباق  
وميل غير طبيعى للنوم والمأكولات . وفى الشهر الثانى تنقطع العادة ويحصل فى

مائي أو مخاطمي أو صفراوي في الصباح وقت القيام من النوم ويتفرطح القسم  
الخشلي وتتبع السرة بسبب انخفاض الرحم وعظم حجمه وأيضاً يعتدل عنق  
الرحم فيسهل الوصول إليه  
بالأصبع وتلين الطبقة الطاهرة  
لبوز القنومة كما في شكل (٣١)

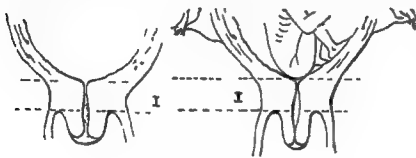


ويحصل في الشهر الثاني أيضاً شكل (٣١)

كرهة للأغذية التي كانت مألوفاً قبل ذلك وفقد في الشهية وتغير في الاخلاق  
وأحياناً اضطراب في الوظائف العقلية . وفي الشهر الثالث تدوم العلامات السابقة  
ويصير الرحم غير متحرك مائلاً للعوض . ويزداد سمك عنق الرحم الذي يكون  
مخروطياً عند من لم تلد فيصير اسطوانياً تقريباً ويتسع عند الاتي ولدن مراراً  
مع بقاءه اسطوانياً . ويحصل لين واضح في بوز القنومة عند بكرات الولادة كاللاتي  
ولدن كثيراً بحيث يعطى للأصبع احساساً كالاحساس الناتج عن ملاسة جسم  
صلب أملس مغطى بجوخ سميك . وأخيراً يحصل اتساع قليل في الفوهة الطاهرة  
وتأخذ شكلاً بيضاً وابتعد أن كانت ذات شكل مستعرض خطي عند بكرات  
الولادة مع بقاءها مغلقة وهذه الفوهة التي تكون مستديرة عند من تكررت  
ولادتها تنفتح الى أن تصل الى درجة بها تقبل دخول لب الأصبع . وفي آخر هذا  
الشهر اذا كانت جدر بطن المرأة نحيفة أو كثيرة المرونة يمكن أن يحس بقاع الرحم  
فوق العانة بواسطة الجس البطني مع بقاء العنق الى أسفل . وفي الشهر الرابع  
يزداد حجم الحلمات وتنفتح الهالتان الثدييتان وتلون الحلمات والهالتان باللون  
الاسمر المسمى بالكاف ثم يظهر على هالة الثدي اثنتا عشرة أو عشرون درفة بارزة  
يخرج منها بالضغط عليهما سائل مصلى لبنى وهذه البروزات تسمى بالدرنات الحلية  
للطبيب (منجوهرى) وفي هذا الشهر يرتفع الرحم أعلى المضيق العلوى ليسكن في البطن  
الى زمن الولادة وفي هذا الزمن يتعسر الوصول الى العنق الذي كان في الشهر

شكل (٣١) يشير لرؤية أحوال عنق الرحم وفتحه الطاهرة بالنسبة لمولدت ومن لم تلد في  
الشهر الثاني والثالث حرف (أ) يشير لعنق رحم من لم تلد و (ب) يشير لعنق رحم  
من ولدت و (أ) يشير للفتحة الطاهرة لعنق رحم من لم تلد و (أ) يشير للفتحة الطاهرة لعنق  
رحم من ولدت

الثالث أسفل العانة لانه في الشهر الرابع يصير الى أعلى والخلف واليسار . وفي آن واحد يلين بوز القنومة بحيث يعطى احساسا باللس كاحساس بعشاء مخاطي أوز بماوى وتحصل استدارة تامة في القصة انظاهرة لعنق رحم من لم تلد التي لم تزل

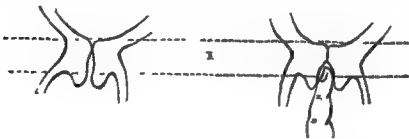


مغلقة الى الآن . وأما عندها من تكررت ولادتها فتتسع هذه القصة بحيث تسمح بدخول اعلة الاصبع بسهولة كما في

شكل (٣٢)

شكل (٣٢) . وفي آخر

الشهر الرابع يصير قاع الرحم أعلى العانة بعرض أربعة أصابع . وفي النصف الاول من الشهر الخامس تشاهد نفس العلامات السابقة لكنها تكون أكثر وضوحا . وفي النصف الاخير منه تظهر العلامات الحقيقية وهي أولا ظهور الحركة القسرية للجنين . ثانيا الحركات الذاتية له . ثالثا لغط أو ضربات قلبه . ومتى انضمت هذه العلامات الاخيرة فلا يشك في وجود الحمل الحقيقي . وفي آخر هذا الشهر يكون قاع الرحم تحت السرة بعرض أصبع . والثالث السفلى للعنق يلين عندها بكريات الولادة الا أنه يكون مسدودا وعندها من سبقت ولادتها يكون



مفتوحا بحيث يمكن ادخال بعض اعلة السبابة فيه كما في شكل

(٣٣) وفي الشهر السادس

شكل (٣٣)

توجد نفس هذه العلامات

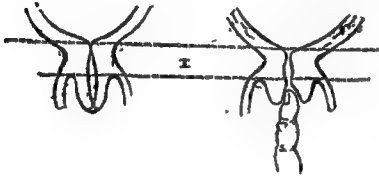
وزاد عليها ظهور نقط سوداء في الهالة الثديية وانخط الابيض البطنى وظهور الكفاف في الوجه وتحسين تقاطيعه وتحسين الوظائف الهضمية وازدياد الشهية والسمن وجودة صحة الحامل . وفي آخر هذا الشهر يرتفع قاع الرحم أعلى السرة بمقدار (١) سنتيمتر . ويكون العنق رخوا لينا في جميع نصفه السفلى مفتوحا عند من سبقت

شكل (٣٣) يشير لعنق رحم من لم تلد ولعنق رحم من تكررت ولادتها في الشهر الرابع

شكل (٣٣) يشير لعنق رحم من لم تلد ومن تكررت ولادتها في آخر الشهر الخامس



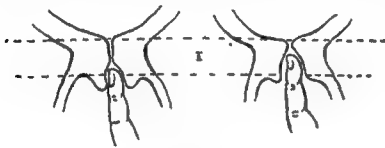
ولادتها بحيث يقبل سلاحي السبابة ومغلقة دائما عند من لم تلد لكن قد يقبل بعض أغلة الإصبع كما في شكل (٣٤)



• وفي الشهر السابع تشاهد العلامات التي ذكرت في السادس ويزيد عليها ظهور خطوط عديدة على جلد البطن أعلى الأوريتين ناجمة عن

شكل (٣٤)

تشقق في البشرة • ويكون اللون الاسمر أكثر وضوحا على الخط المتوسط البطني وتوسع الهالة الثديية • وقد تشاهد خطوط كالسابقة على الثديين إذا كانا عظمي الحجم • وفي آخر هذا الشهر يتجاوز قاع الرحم أعلى السرة بعرض أربعة أصابع ويميل إلى اليمين والامام عكس اتجاه العنق الذي إذا أمكن الوصول إلى جسده يشاهد أنه رخو في ثلثيه السفليين • وعند من تكررت ولادتها يكون مفتوحا بحيث يقبل السلاحي الأخيرة السبابة • وأما عند من لم تلد فبعد دخول أغلة الإصبع فيه كما هو



واضع في شكل (٣٥)

• وفي الشهر الثامن من الحمل تشاهد علامات الشهر السابع وتزول مرة الجنين ويقبل

شكل (٣٥)

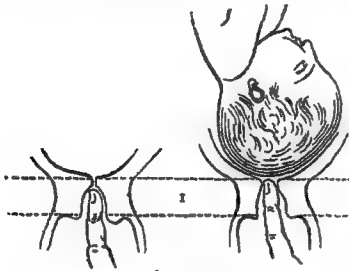
ماء الامنيوس بالنسبة لحجم الجنين بحيث يعسر تحركه فيه • وفي آخر هذا الشهر يكون قاع الرحم أعلى السرة بعرض خمسة أصابع ويكون العنق رخو في ثلاثة أرباعه وقصته الظاهرة عند من تكررت ولادتها تسمح بدخول الإصبع حتى يصل إلى قصته الباطنة التي تكون قد انقضت من نفسها قليلا كما هو مشاهد بحرف (١) من شكل (٣٦) وأما عند من لم تلد فنكون قصته الظاهرة مفتوحة أيضا (انظر شكل (٣٦) مع شرحه في صحيفة (٣٩))

شكل (٣٤) يشير لعنق رحم من لم تلد ومن تكررت ولادتها في آخر الشهر السادس

شكل (٣٥) يشير لعنق رحم من لم تلد ومن سبقت ولادتها في آخر الشهر السابع

وتسمح

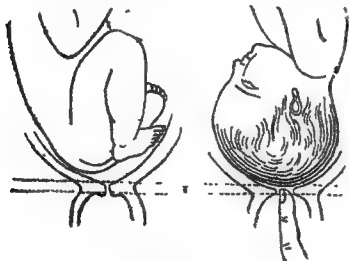
وتسمح بدخول الاصبع ووصوله الى الفتحة البتاطنة التي تكون مثقبة كما هو  
مشاره بحرف (ب) من شكل (٣٦) المذكور . وفي ثلثي الشهر التاسع تكون



شكل (٣٦)

الحالة كما في الشهر الثامن  
الا ان قاع الرحم يصل  
الى أن يشغل جميع القسم  
الشراسيني ويكون العنق  
رخوا حافظا طوله ومفتوحا  
عند من ولدت كن لم تلد  
فاذا جس من الظاهر  
لايجس رخاونه التي بها يشته

بجدار المهبل ولكن اذا أمكن ادخال طرف الاصبع داخل العنق ( وان كان  
ذلك صعبا بسبب انقلاب الجزء السفلي من الرحم الى الخلف والاعلى ) يحس جيدا  
بأنه لم يزل حافظا لطوله . وفي الثلث الاخير لهذا الشهر تستقط البطن وحينئذ يتدنى  
انحاء العنق من أسفل الى أعلى لامن أعلى الى أسفل وتكون قاعدة عنق الرحم  
متبسة عند من لم تلد وتحفظ هذا التيسر الى آلام الولادة بخلاف من تكررت  
ولادتها فتكون قاعدة العنق رخوة بالكلي . وبالجس بالاصبع توجد الفتحة  
الباطنة رقيقة جدا ممتدة قليلا عند من لم تلد كما هو مشاره بحرف ( ا ) من

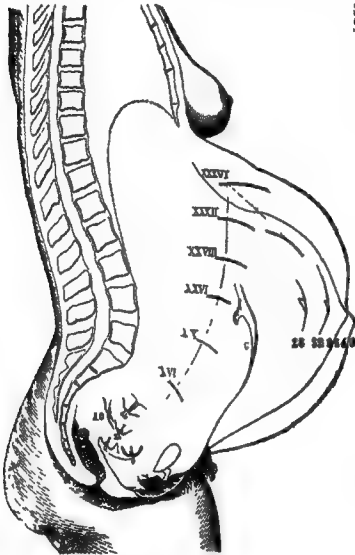


شكل (٣٧)

شكل (٣٧) وتكون ممتدة  
كثيرا عند من تكررت  
ولادتها كما هو مشاره بحرف  
(ب) من هذا الشكل .  
ومنى سقطت البطن بسبب  
دخول رأس الجنين في  
المضيق العلوي موهجة  
بالجزء السفلي من الرحم

شكل (٣٦) يشير لعنق رحم من لم تلد ومن تكررت ولادتها في آخر الشهر الثامن  
شكل (٣٧) يشير لعنق رحم من لم تلد ومن تكررت ولادتها في آخر الشهر التاسع

أحسن الراحة في التنفس ويكرر لديها طلب التبول معصوبا بآلام في البطن وتعب في المشي . فانضمام هذه الاعراض ونزول المادة الزججة من أعضاء التناسل يدل علامة على قرب الولادة . وبالجملة يندئ تغير شكل البطن من الشهر الرابع



شكل (٣٨)

ويستمر الى التاسع  
كما يستفاد من شكل  
(٣٨) . وجميع  
ما ذكرناه علامات  
للعمل على حسب  
التعاقب المعتاد .  
والآن نتكلم على  
كل واحدة بانفرادها  
لمعرفة أهميتها . أما  
انتفاخ الثديين وألمهما  
وألم الأسنان بدون  
تسوس وذبول الوجه  
واحاطة العينين بهالة  
غامقة وحصول  
التسوع والبصاق  
التعب والميل غير  
المعتاد للنوم والفتور

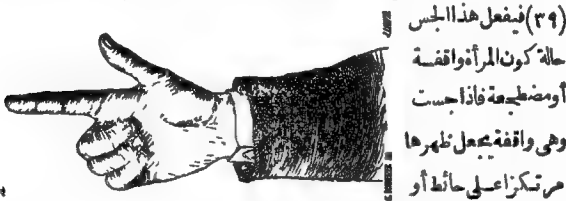
شكل (٣٨) يشير الى ارتفاع عنق الرحم وقاعه وشكل الجدار المقدم للبطن في الازمنة المختلفة من الحمل  
فرقم (٨) يشير لمجلس عنق الرحم الفارغ (أي قبل الحمل) ورقم (٣٤) و (٤٠) يشير لمجلس  
عنق الرحم عقب العيلوق من ابتداء ٢٠ جمعة الى ٣٠ جمعة و (١٦) و (٢٠) و (٢٦)  
و (٢٨) و (٣٢) و (٣٦) تشير لقاع الرحم من ابتداء (١٦) الى (٣٣) جمعة وانخط  
غير المتبر الموجود في عاذة وأمام خط (٣٢) يشير الى الحمل الذي وصل اليه قاع الرحم ساعة الولادة  
ورقم (٥) يشير لجدار المقدم للبطن حالة الفراغ ورقم (٢٨) و (٣٤) و (٣٦) و (٤٠)  
يشير لجدار المقدم للبطن في زمن الجمع الموافقة لهذه الاعداد من الحمل

فان

فان لها نوع أهمية فتى وجدت كانت علامات تخمينية على وجود الحمل غالباً خصوصاً اذا انقطع الحيض وتكرر التي هي مبادئ مرض يوجبها ووجدت شهية غير عادية لا كل الاشياء غير المألوفة ووجدت تغير في الاخلاق وفي قوة الفهم وتغير حالة وحمة الثدي مع ازدياد في حجم الرحم وحصول لين خفيف في سطح بوز القنومة وتغير في شكلها واتساع في فوهتها (وقد قال منجمو مري) ان تغيرات الثدي علامة أكيدة عند بكرة الولادة فقط لامن سبقت ولادتها لان هذه التغيرات متى ظهرت في الحمل الاول لاتزول بعده . وأما الصدمة الجنينية فيستدل بها ظناً على وجود الحمل اذا وجدت مع تلك العلامات السابقة . أما الأدلة المؤكدة لوجوده فهي الطريقة الذاتية للجنين وانقطاع قلبه وهاتان العلامتان لا توجدان الا في انتهاء الشهر الخامس من وقت العلوق وفي هذا الزمن توجد الباهرة الجنين لكنها ليست دائماً سهلة الادراك في الجزء السفلي للرحم لانه يعسر في هذا الزمن وصول الاصبع الى الجزء السفلي المذكور من المهبل أولاً لأن صدمة الرجوع تكون خفيفة أو معدومة اذا كان محي الجنين بالمقعدة أو بالخدع وهذه الهزة تتشأن عن دفع المولود جزء الجنين دفعة فجائية بيده مع بقاء اليد في موضعه بارهة من الزمن فيعود الجنين ثانياً فيصدم اليد وقد يكرر ادراك هزة الجنين من الظاهر ولاجل ذلك توضع المرأة على جنبها ثم توضع إحدى اليدين فوق بطنها والاخرى أسفلها ثم يفعل المولود بيده السفلي صدمة بقصد بها ارتفاع البطن فاذا كان الجنين ساجحاً في ككثير من المفاصل ثم عاقد فقص اليد حينئذ بصدمة الرجوع وهذا شبيه باناء فيه ماء موضوع فيه قطعة من الثلج فانها تكون ساجحة فيه فلو دفعت بالاصبع غاصت الى قاعه ثم تعود فلو بقي الاصبع على ما كان عليه بعد دفعه اياها صعدت من القاع فتصدمه فذلك الذي ذكرناه هو المعروف بالهزة وسبب عدم ادراك الهزة قبل تمام ذلك الزمن كون الجنين صغيراً جداً قليل الثقل فلا يحس الاصبع بسقوطه وقد لا تدرك أيضاً بعد مضي الشهر السابع وذلك لكون الجنين صار غير متحرك تقريباً . أما الحركات الذاتية للجنين فهي أكثر أهمية من الهزة وعند ادراك المرأة هذه الحركات لا تشك في وجود الحمل لكن يحتمل أنها قد تنفس فعلى الطبيب حينئذ أن يدرك بنفسه هذه الحركات ولأجل ذلك يكفي وضع يديه على بطن المرأة بارهة من الزمن ويحرّض عضواً الولادة بإحدى أصابعه وإذا لم يكف ذلك تنام المرأة على جنبها ثم يضع إحدى يديه على الجهة السفلى للبطن ويصدم النقطة المقابلة من البطن صدمة قوية باليد الاخرى فيتحرك الجنين فيدرك حركته فيبدأ كد

من وجود الحمل وإذا لم تدرك حركته بهذا العمل فقد يكون ميتاً أو مدهوشاً فيعرف وجوده بلفظ قلبه الذي يصل في الدقيقة من (١٣٠) الى (١٦٠) بل الى (١٧٠) نبضة وهذا اللفظ شبه بلفظ الساعة الملتفة بمندبل جلة طبقات . ولكون الجنين لا يأخذ في الرحم وضعاً ثابتاً الى انتهاء الشهر السابع تنقل ضربات قلبه من محل الى آخر فتسمع نارة في نقطة وتارة في أخرى ولا يأخذ وضعاً ثابتاً الا في الشهر الثامن فتصير ضرباته ثابتة في نقطة واحدة ومن هذه النقطة تأخذ قوة الضربات في التناقص شيئاً فشيئاً حتى تزول بعد بعد طوله من (٧) الى (٨) سنتيمتر . وقد يوجد بعض حالات فيها تدرك الضربات في نصف البطن بتمامه كما انها قد توجد في الجهة المقابلة وان لم يكن في الحقيقة الا جنين واحد لكن هذا نادر . وشدة هذه الضربات تختلف باختلاف سن الجنين أما عدددها فلا يختلف باختلاف سنه بل يكون واحداً في الدقيقة من انتهاء الشهر الخامس الى الشهر التاسع ونبض الجنين لا يتأثر بتأثر نبض الأم بحيث اذا طرأ أى سبب وباطناً أو اسرع نبض الأم فنبتض الجنين يكون على حالته . وأما اذا لبأ نبضه أو اسرع وكان غير منتظم أو متقطع فاعلم أن الجنين ليس على حالته الطبيعية بل اما مريض أو متعرج

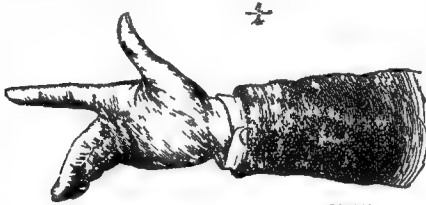
(طريقة استعمال الجس المهبلى واحداث الهزة) - يستعمل الجس المهبلى عادة بالسبابة وحدها حالة كون الاصابع الثلاثة منتشية في راحة اليد والابهام كثير الانفراج كما في شكل



دولاب، ثلاثاً والساقان متباعدين منتهيين قليلاً فبعد (شكل ٣٩)  
غسل اليد وتعقيمها وغسل أعضاء التناسل الظاهرة وتعقيمها أيضاً ودهن السبابة بالفازلين  
المحتوى على السليمانى (١ في ١٠٠٠) أو المحتوى على حمض البوريك (٣ في ١٠٠)  
أو زيت الزيتون المحتوى على (٥ في ١٠٠) من حمض الفينيك يوقف الطيبب أمامها أو  
يجانبها فيدخل يده تحت الملابس بين فخذي المرأة وتكون السبابة ممتدة مدافقياً وأعلنها

شكل (٣٩) يشير لتهيئة وضع الاصابع في الجس المهبلى حالة البحث عن الجهة المقعدة للحوض  
مقبعة

متجهة الى أعلى ويدفعها الى الخلف الذي بين الإليتين حتى ارتكزت على هذا الخط ويوجهها من الخلف الى الامام مع الاتكاء قليلا الى أن يصل طرفها الى المجمع الخلفي للفرج فيدخل الاصبع فيه ومتى دخل يرفعه بلطف لاجل دخوله في المهبل تابعا انحناء هذه القناة وقبل الوصول الى عنق الرحم توضع اليد الأخرى مسطحة على قاع الرحم لاجل ضبطه جيدا ومنعه من الارتفاع وحينئذ يمكن تعديله اذا كان كثيرا الانحناء بل ويحفظ في هذا الموضع قليلا ان أمكن ومتى دخلت كل السبابة في المهبل يلزم أن يكون الابهام متمددة على جبل الزهرة والساعد دعويا تقريبا . واذا جئت المرأة وهي مضطجعة توضع على حافة سريرها مرتفعة المقعدة قليلا والخذان يكونان منثنين متباعدين ثم يوجه يده بين فخذيها مع كون السبابة في الوضع العمودي والثلاث أصابع منحنية فقط والابهام متباعدة حتى وصلت للجمام من بهامن أسفل الى أعلى مع الاتكاء قليلا أيضا الى أن تصل أعظم المجمع الخلفي للفرج فيدخل الاصبع فيه ثم يتبع انحناء المهبل بلطف ولجل سهولة الادخال بخفض المرفق الى



أن يلامس فراشها  
والابهام ملاصقا  
لجبل الزهرة تقريبا  
السبابة أفقية كما  
هو واضح في شكل  
(٤٠) ومتى قرب

طرف الاصبع من العنق يضع اليد الأخرى على قاع الرحم لاجل (شكل ٤٠)  
ضبطه وتعديله بل وخفضه قليلا اذا أمكن . وقد يفعل الجنس المذكور من المستقيم عند وجود عائق يمنع دخول الاصبع في المهبل كوجود غشاء البكارة أو ما أشبهه . ويستعمل هذا الجنس بأمر يكمن من قناة مجرى البول بعد تمددها اذا انقلب الرحم الى الامام وقد يفعل مع كون المرأة متكئة على ركبتيها أو ذراعيها أو مضطجعة على أحد جانبيها مع امتداد الخد وساق الجانب المضطجعة هي عليه وانثناء ساق ونقطة الجهة الأخرى ثم ان جنس المرأة وهي واقفة مفضل متى كان الرحم قليل التحم خصوصا اذا كانت فارغا ومتى عظم حجمه وأخذ في الانحناء الى الامام بسبب غمومته صل العروق فالأفضل جعلها وهي مضطجعة على ظهرها والمقعدة مرتفعة قليلا اذهم . هذا الوضع يتمكن الطبيب من توجيه عنق الرحم الى الأعلى والامام

شكل (٤٠) يشير الى هيئة وضع الاصابع في الجنس المهمل للتحقق من الجهة الخلفية للحوض

بمخلاف ما إذا كانت واقفة فإن العنق يكون متجهها إلى الخلف والأعلى نحو الحديدة البجزية . والاحسن تمرير اليدين على فمحل الجس المهبل اذ يتفق ان توجد المرأة في حالة لا يمكن معها الاقتصار على الجس بيد واحدة متمرنة . واذا كان الجس بقصد التفطيش عن الحركات القسرية للجنين (أى الهزّة) يلزم وضع السبابة على النقطة الأكر انخفاضا من الرحم أى أمام قاعدة عنقه وبسند قاع الرحم باليد الأخرى وحينئذ يصدّم بالسبابة الجزء الملامس لها من الرحم مع حفظ ملاسة أعلاه الأصبع النقطة المصدومة ليدردل رجوع الجسم المنقل بالصدمة (فى الجس البطنى وفوائده) - فوائده هى معرفة الطيب أو لا وجود ورم داخل البطن . ثانياً ان الوجود جسم صلب هو الجنين . ثالثاً معرفة حالة وضع الجنين . وكيفية الجس أن تكون المرأة مستلقية على ظهرها ورأسها منخفضة بدون وسادة . وساقاها فى نصف انثناء متباعدين قليلا وأن لا يوجد شئ على البطن ولا على الصدر غير ثوب . والأحسن أن تكون مجردة عن الثياب وأن تنفس راحة مفتوحة الفم وحينئذ يغمس الطيب يديه فى ماء ساخن قبل الجس فى فصل الشتاء لئلا



تحصل انقباضات بطنية للمرأة من برودة اليدين ويكون الطيب واقفا جهة رأس المرأة ووجهه نحو أطرافها السفلى وفى محاذاة حاصرتها فينتدى بجس سطحي خفيف ثم يحد الرحم باليدين كما هو واضح فى شكل (٤١) ثم يصير الضغط

باليدين غائرأشياً فسيأخذ الطيب فى الجهة اليمنى أو اليسرى (شكل ٤١) للمرأة حسب راحته . ولمعرفة النقطة التى وصل إليها قاع الرحم يضغط الطيب ضغطاً خفيفاً بالخافة الزندية ليده اليسرى إذا كان واقفاً عن يمينها وبالخافة الزندية ليده اليمنى إذا كان واقفاً على يسارها فيدردل الطيب أو لا بعض مقاومة فاجة عن الورم الرخوى وبضغطه بالخافة الزندية ليده يحد ارتفاع هذا الورم من الأعلى كما هو مشار له فى شكل (٤٢) وبذلك يمكنه أن يعرف عمر الجنين . واذا وضع المولود مسطحة برهة على البطن شعر بصدمات ناشئة عن دفع الجدار الرجس بأقدام الجنين . وفى بعض الأحيان تكون حركة الجنين (انظر شكل (٤٢) مع شرحه فى صفحة ٤٥)

شكل (٤١) يشير لتحديد الرحم بالجس باليدين

ممتدة فتكون ناشئة عن تحريك جميع جسمه فهذه الصدمات والحركات تدل على حياة الجنين  
ولذا نأخذ من العلامات المؤكدة للعمل



وتسمى الحركة الذاتية للجنين وقد تدرسه  
هذه الحركة بالعين وتشعر بها المرأة  
أيضا . ولعرفة الوضع العمومي للجنين  
يستعمل الطبيب يديه في الجس البطني  
بوضعهما مسطحتين على البطن بحيث  
يكون معصما اليدين متجهين الى أعلى

( شكل ٤٤ )

والاصابع الى أسفل . ثم ان هذا البحث لا يكون باليد  
في آن واحد بل بهما متالتين فيبتدى باليد الألى كتر بعدا فاذا فرض أن الطبيب موجود في  
الجهة اليمنى للمرأة كانت اليد اليسرى هي الألى كتر بعدا وهي التي تبدأ بالضغط منضمة  
الاصابع حالة كون اليد اليمنى موضوعة على الجهة المقابلة ( أى اليمنى للمرأة ) سائدة لها  
وليس الضغط بأطراف الاصابع فقط بل بكل امتداد اليد ثم تنقل بطريق الزحف وبذلك  
يبحث من أسفل الى أعلى أولا ثم من الخارج الى الداخل متجه نحو المراق الأيمن ومتى تم  
بحث هذه الجهة توضع اليد اليسرى في المراق الأيسر للمرأة لتسندوه وباليد اليمنى تبحث  
الجهة اليمنى بالكيفية المتقدمة فينتج من هذا البحث ان الطبيب يدرك وجود سطح صلب في  
احدى مراقي المرأة أقل ومنته من المراق الآخر هو ظهر الجنين ومنته من الأعلى بطرف  
غير منتظم الاستدارة هو المقعدة ومن الأسفل بطرف آخر صلب هو الرأس . وأما المراق  
المقابل للمراق الموجود فيه السطح الصلب المذكور فيمكن ضغطه باليد وبها تدرسه الاطراف  
الصغيرة للجنسين فاذا لم تدرسه الايدي شيأوجب بحث القسم الخلفي لأن الجنين ربما كان  
موضوعا في الرحم بالعرض

( في التسمع الرحي ) - السماع ( المنقصية ) هنا أجود من الاذن العارضة عنه  
اذ به يقل بنجل المرأة ويجنب الطبيب احتقان رأسه وبذا يمكنه بحث جملة نقاط بدون أن  
يلتجئ الى أوضاع متعبة وبه يمكنه ضغط العرى المعوية التي قد تكون موجودة بين الرحم  
والجدار البطنية المقدمة وبه أيضا يسهل تحديد قوة انغاط قلب الجنين والحدود التي  
تزل فيها هذه الانغاط . ولأجل التسمع يلزم أن تكون المرأة مستلقية على سرير مريض

شكل ( ٤٤ ) يشير الى نقطة ارتفاع الكرة الرحية والى يد المولود المحاذة لقاع الرحم محافظا الرتيبة



يجب يمكن الدوران حولها بسهولة وأن يكون السير يمر من ثقب الملايحير الطيب على خفض رأسه فلا يكون السماع واضحا . وكذا يلزم رفع رأسها وكتفها بوسادة وانثناء فخذيها على بطنها لاجل ارتخاء الجسد والمقدمة للبطن التي تكون مغطاة بقبص أو فوطه رقيقة والأحسن عدم وجود شيء على البطن . فيوضع الطرف الضيق للسماع على الكرة الرحيمة عموديا على سطحها مع الاتكاء قليلا بدون أن يحدث للمرأة ألم أو ثقل في موضع الاذن على الطرف الاذني الاكثر اتساعا لئلا تسمع مع الانتباه بدون ضبط السماع بيده خوفا من ان تشبه عليه الالفاظ المبحوث عنها بالنبضات الشريانية للاصابع الماسكة للسماع والا حسن أن يمدن بأصابع هذه اليد نبض المرأة ليقررن ضرباته بضربات قلب الجنين ويسند باليد الأخرى الجهة المقابلة من بطن المرأة لعدم مزوغان الجنين كما هو مشار له في



( شكل ٤٣ ) فضبط النبض الكعبرى للمرأة وقت سماع ألقاط قلب الجنين ضرورى لمقارنة عدد ضرباته بعدد الالفاظ المسموعة . فإذا كانت الالفاظ المسموعة بالسماع موافقة لنبض المرأة كانت الالفاظ المسموعة هي ألقاط أوعية رجليها . وإذا كانت

( شكل ٤٣ )

عديدة وغير موافقة لضربات نبضها كانت ضربات قلب الجنين . وفي بعض الأحيان تسمع بقوة ثم بعد ذلك تسكون ثم تسمع ثانية بقوة وإذا يلزم بقاء الاذن على السماع برهة من الزمن . وعدم تواصل النبضات نتيجة الانقباضات الرحيمة . وعلى العموم تسمع شدة نبضات قلب الجنين جيدا في بطن المرأة في النقط الموضوعه - هذه قلبه ثم يقل سماعها كلما بعد من هذه النقطة الى أن يزول وتختلف قوة ضربات قلب الجنين باختلاف وضعه وحالته الصحية وتجن جدر بطن المرأة

( في تشخيص الحمل ) - قديندب الطبيب للاستشارة في المدة الاولى من الحمل ( أى من الشهر الاول الى الخامس ) أو في المدة الثانية ( أى من الشهر الخامس الى التاسع ) أو في زمن

شكل (٤٣) يشير لكيفية عمل الاسمع في البطن من ضربات قلب الجنين

المخاض في المدة الاولى يسألونه هل المرأة حامل أو لا فيجيب عن ذلك بما يستفيد من أجوبة المرأة ومن يحشه لها ان ذلك ذو أهمية في تشخيص الحمل غير أنه يكون على سبيل التخمين فبإسألها أولاً عن سنها وعن السوابق الولادية الوراثية العائلية لأنه كثيراً ما تكون والدته المرأة الحامل راشنيكية البنية في صغرها أو عندها استعداد للحصول لين في عظامها مدهمة جلها . وثانياً يسأل عن سوابقها المرضية الشخصية أي في أي سن من عمرها ابتدأت في المشي وهل استمرت مشيها أو وقف ثم عاد وما هي الامراض التي أصابتها من تاريخ خروجها من بطن والدتها الى الآن ( ويحفظ سرها اذا كانت أصيبت بأحد الامراض السرية ) . وثالثاً يسأل الطبيب زوجها عن سوابقه المرضية سواء كانت وراثية أو شخصية ( ويحفظ سرها اذا كان أصيب بامراض سرية ) لان القانون والآداب لا يتيح افشاء ذلك . رابعاً يسأل الطبيب المرأة عن حالة أعضائها وعن سوابقها اذا كان تكرار حملها . خامساً يسأل عن تاريخ انقطاع الحيض لأن منسه يعرف ابتداء الحمل سيما اذا كانت المرأة تحيض بانتظام الى هذا التاريخ وأما عند اللائي يحضن بغير انتظام فقد يحدث الالتباس لدى الطبيب . وقد ينقطع الحيض عند الشابة العذراء عقب زواجها بقليل مدة شهر أو أكثر بل ويعجب هذا الانقطاع انتفاخ البطن والشدين بسبب تأثير عصبي ناشئ عن الاجتماعات الاولى للرجل بالشابة وبمعانيتها لم أنها غير حامل . وقد يحصل للشابة عقب العلوق نزيف في الاشهر الاولى من الحمل الحقيقي مادته مكونة من سائل مصفر أو محمر قليلاً فهذا ليس حيضاً حقيقياً وقد تحصل العادة الحقيقية عند بعض النساء أثناء حملهن ولكن هذا نادراً جداً ويوجد في هذا العلم مشاهدة ذكرها الطبيب (جانال) في كتاب امتحانه الأخير في الطب سنة ١٨٦٧ م وهي أن امرأة قد حكم عليها بالاعدام حالة كونها تشعر بأنها حامل فأخبرت الحكومة بذلك لانه من القوانين المرعية ان يؤخر تنفيذ الاعدام الى انتهاء الوضع اذا تبين أن المرأة حامل إنما هذه المرأة كانت تحيض مدة الحمل فأمرت الحكومة بالكشف عليها فبالصدفة كانت المرأة حائضاً وقت الكشف فعند رؤيتها دم الحيض رفضت دعواها ونفذ حكم الاعدام وعند تشريح جسمها ووجد في رحمها جنين عمره أربعة شهور . وفي الغالب ينقطع الحيض من الشهر التالي للعلوق . ثم بعد استيفاء أجوبة المرأة يسرع في بحثها ( في بحث المرأة الحامل ) - تبحث المرأة الحامل في المدة الاولى للحمل بالنظر فالحس البطني فالرحى أو بالأخبرين معا . وبالسَّمع الرحي مع ما تقدم اذا كان انتداب الطبيب في المدة الثانية من الحمل أو في زمن المخاض . فبالنظر يتحقق الطبيب من اضمحلال الوجه

واحاطة الجفون بهالة سمراء وانتفاخ الشدى الذى يصير مرتفعاً بارزاً باستقامة وانتفاخ



حلمته وتلون هالته بالسمرة وبروز درنات (متجو مرى) كما هو واضح فى

شكل (٤٤) فترى هالته بارزة كزجاجة الساعة ودرنات (متجو مرى)

بارزة ويشاهد بالبرص أيضاً كلف الوجه وكلف الخط الأبيض البطن

• وفى المدة الثانية للحمل عند البكرات تحدث خطوط جديدة فى جلد

البطن أعلى الأوربيتين ذات شكل قوسى تحديدها متجه نحو الأوربيتين

مع تشقق بشرة جلد هذه الخطوط وقد يشاهد على جلد الثدي (شكل ٤٤)

خطوط مماثلة للتقدمية اذا كان انتفاخه عظيماً ومتى وجدت هذه الخطوط لا تزول

وقد لا توجد تلك الخطوط البطنية المذكورة لدى بعض النساء أو تكون قليلة الوضوح

• ويتحقق الطبيب أيضاً بالنظر من لون الغشاء المخاطى الرحمى المهبلى فيكون ذا لون

بنفسجى فى الزمن الاخير من المدة الثانية للعمل وفى هذا الزمن قد توجد عدادات دوائية

فرجية وباسورية وأوزيم الاطراف السفلى ويشاهد بالنظر أيضاً كبر حجم البطن • متى

تحقق الطبيب من وجود الظواهر السابقة ووجد أنها متقدمة مع ما استفاد من أجوبة

المرأة حكم بوجه التحمين انها حامل واذن يحملها على اتباع الشروط اللازمة للرأه الحامل

بدون أن يؤكدها انها حامل دفعا لسوء الظن اذا جاء الزمن الثانى من مدة الحمل ولم يظهر

له أثر • واذا نذب الطبيب فى المدة الثانية (أى بعد الشهر الخامس) وكان لا يعرف

المرأة أولاً أخذ بها كالمسقى وبعد اجابتهابحث فيها بصره ثم بالجلوس البطنى ثم المهبلى

ثم بالتسمع الرحمى كما تقدم • ومتى ثبت وجود الجنين بالعلامات المؤكدة وجب على الطبيب

أن يخبرها بأنها حامل وها هو مختصر علامات الحمل السابقة الذكر

(العلامات التحمينية المختصة بالمرأة) (العلامات المؤكدة المتعلقة بالجنين)

(١) انقطاع الحيض (٢) الاضطرابات المعوية المعاكسة للجهاز الهضمى وغيره

(٣) انتفاخ الثديين وظهور اللون الاسمر لها التور ودرنات (٤) الحركة الذاتية للجنين

(٥) تنوع حالة عنق الرحم (٦) الكلف الرحمى والبطنى

(٧) غظم حجم الرحم المترتب عليه كبر حجم البطن وتشققات جلد

(٨) تنوع حالة عنق الرحم

شكل ٤٤ يشير الى ثدى امرأه حامل منظر من احدى جهاته

• وأما إذا نذب الطبيب الاستشارة عن تعيين وقت المخاض فبعد الاستعلام منها عن السوابق ان كان غير عالم بها يبحث عن الحمل ان كان جزء الجنين الآتي به نزل في المضيق العلوى وانحسر أولا فهذا الانحسار يحصل عند متكررة الولادة في الخمسة عشر يوما الاخيرة من مدة الحمل ثم يبحث أيضا حالة عنق الرحم لانه يسترخى وينمى شيئا فشيئا بالتدريج وبالاتظام . وهذا الاسترخاء والانحناء يتأخران عند بكرة الحمل عن تكررها فإذا كان جزء الجنين منحسرا وعنق الرحم انمعى كانت الحامل قريبة من المخاض خصوصا اذا كان هذا الانحناء مصحوبا بالآلام الرجبة المحضرة . وقد يندب الطبيب للحامل بسبب ادراكها الماتناشاعن مغص . معوى ظنا بأنه محاض فيميز بينهما بان ألم المغص لا يصطب بالانقباضات الرجبة التي تعرف بوضع اليد على البطن وقت حصوله فيقدر ان الرحم بصيرته كقوراجامد وقتها . وللخاض صفات خاصة به وهى الآلام وحالة عنق الرحم فالآلام إما ان تكون محضرة أو هاذفة أو مكسرة . فالاولى تعصب انحناء عنق الرحم وتعدد فحته . والثانية تعصب تجاوز جزء الجنين فحة الرحم . والثالثة تعصب مروره من المضيق السفلى . وعلى العموم عصى من ابتداء الآلام المحضرة الى خروج الجنين عند بكرىات الولادة من (١٥) الى (٢٠) ساعة وعند متكرراتها من (٦) الى (٨) وهذه المدة تنقسم الى دورين . دور انحناء عنق الرحم وتعدد فحته . ودور انقذاف الجنين . فالاول يكون من (٦) ساعات الى (٨) عند البكرىات ومن (٤) الى (٦) عند غيرهن . والثانى يكون من ساعتين الى (٤) عند البكرىات ومن ساعة الى ساعتين عند غيرهن . ولمعرفة مدة الحمل يجب التذكير بان مدة الحمل الطبيعى تسعة أشهر مفسمة تارة تزيد نحو عشرة أيام وتارة تنقصها والقانون الفرنسى جعلها (٣٠٠) يوم من بعد فسخ الزواج وافتراق الزوجين . وذكر المعلم (فودريه) أن زوجته ولدت مرتين من بعد هذه المدة الاخيرة ولكن العادة هى (٢٧٠) يوما الى (٣١٠) أيام وهذا الاختلاف ينجم فى غالب الاحوال عن عدم ضبط تاريخ العلقوق وقد ينجم بسبب كون الحيوانات المنوية تكثت فى المهبل نحو خمسة عشر يوما بعد الجماع بدون أن تتلف وتفقد خاصية التلقيح . وقد يكتفى بمحصلة العلقوق فى الرحم (ميتا) زمانا طويلا بل وجملة سنين ويكون معوقا عن الخروج إما بوجود مانع قرب عنق الرحم أو فى المهبل وبذلك يحصل تأخير غير عادى فى انقذافه . وبالجملة فمدة الحمل مؤسسة على ما يستفاد من أجوبة المرأة بالنسبة لتاريخ آخر جماع وهذا ضرورى بالنسبة للطبيب الشرعى وعلى ما يستفاد من أجوبتها أيضا

بالنسبة لتاريخ آخر حيضة لان العلق لا يحصل الا بعد انتهائها بسبعة أيام أو ثمانية  
مثلاً اذا كان آخر يوم الحيض (٢٥) سبتمبر فلا يحسب تاريخ العلق الا من (٢) أو  
(٣) من شهر أكتوبر ثم يحسب من هذا التاريخ (٩) شهور فالولادة تكون غالباً في يوم  
(٣٠) من شهر يونيه وتارة تحصل قبل هذا التاريخ بعشرة أيام أو بعده بعشرة وهذا نجم  
كاذب من عدم ضبط تاريخ العلق ومن اختلاف عدد أيام الشهور لان بعضها تارة يكون  
ثلاثين يوماً وتارة يكون (٣١) ومنها شهر يكون في عام (٢٨) وفي آخر (٢٩) وكذلك  
الاشهر القريبة بعضها ٣٠ والبعض ٢٩ يوماً . ويمكن تحميد مدة الحمل بعرفة درجات  
ارتفاع قاع الرحم في بطن الحامل فيقرب من السرة شيئاً فشيئاً من الشهر الرابع الى  
السادس ثم يتجاوزها بنحو (٣) الى تسعة أصابع شيئاً فشيئاً الى الشهر التاسع كما هو  
واضح في شكل (٣٨) المتقدم الذي يشير لتغير وضع قاع الرحم وارتفاعه في الازمنة المختلفة  
للحمل . ثم في الخمسة عشر يوماً الأخيرة ينخفض الرحم الى أسفل تدريجياً ويزداد عرضه  
وتحصل فيها اطوار تشير لقرب المخاض (وحيث نذكر قول المرأة بطنها اسقطت) ومن هذا  
الوقت بصير التنفس أكثر سهولة عما كان عليه من قبل وكذلك الهضم لكن يحصل للمرأة  
ثقل ومزاجة ضغط في حوضها فيحصل تطلب متكرر للتبول والتبرز كما تقدم وأخيراً تظهر  
الآلام الحضرية

(الحمل التوأمي) - تحمل المرأة عادة بجنين واحد وقد تحمل بأكثر فاذا كان باثنين  
قبل الحمل توأمي وهو يحصل بنسبة واحد من تسعين ولادة ويكثر ذلك في بلاد (إيرلانده  
والروسيا) وأسبابه غير معلومة وإنما ثبت المشاهدة أنه ورأى تارة عن الام وهو الاكثر  
وتارة عن الاب . وقد شاهد العلم (ليبرو) أن امرأتين ولدت مرتين توأمين ذكرين في كل  
مرة فلما تزوج هؤلاء الاربعة ولدت كل زوجة من زوجاتهم مثل أمهم وغاية ما يصل اليه  
الفكر أن ذلك قد ينتج عن تلقيح بيضتين في زمن واحد أو زمين عقب الجماع الواحد واذن  
يكون خروج البيضتين من المبيض في حيضة واحدة وقد تخرج البيضتان في زمن واحد  
ولكن لا تلقحان عقب جماع واحد وقد تكون البيضة الواحدة ذات جرثومتين فتلقحان  
في زمن واحد

(في حالة المشيمة والاغشية الجنينية في الحمل التوأمي) - توجد عدة أحوال للمشيمة

في الحمل التوأمي فتارة توجد شيمتان منفصلتان وسليمان وأمنيوسيان أي كل جنين يكون في كيس قائم بنفسه وقد يوجد لكل جنين غلاف ساقط فاذن يكون كل واحد منفصلا عن الآخر انفصالا تاما وتارة لا توجد الأمشمة واحدة فمادة الجنينين لكن يوجد سلهان وأمنيوسيان منفصلان عن بعضهما وفي هذه الحالة اذا بحثت الأمشمة بالدفقة وجدت مركبة من جزأين منضمين الى بعضهما انضماما تاما بحيث يظن أنهما مشمة واحدة . وتارة توجد مشمة واحدة وسلي واحد وأمنيوسيان والحاجز الفاصل للتجويفين الامنيوسيين يكون مكثورا من جدران الامنيوسيين الملاصقين لبعضهما وهذه الحالة تشاهد في الحمل الناتج عن تلقيح بيضة ذات جرثومتين ولكنه نادر وقد يكون الجنينان في كيس واحد بحيث لا يوجد لهما الأمشمة واحدة وسلي واحد وأمنيوس واحد وهذه الحالة تشاهد أيضا في الحمل الناتج عن تلقيح بيضة ذات جرثومتين وهو نادر أيضا

(في علامات الحمل التوأمي) - تنقسم علامات الحمل التوأمي كما انقسمت علامات الحمل البسيط الى علامات تخمينية وعلامات مؤكدة فالخمينية منها هي عن التقدم ويزاد عليها تزايد البطن في الحجم والعرض واذا قرع عليها وجدت صما في جميع أجزائها تقريرا فيكون غلط البطن حينئذ ناجعا عن



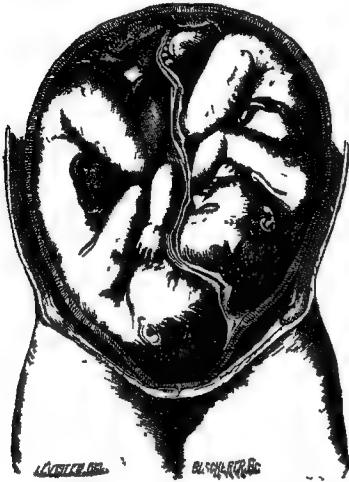
الرحم بسبب وجود أزيد من جنين فيه لاعن الأمعاء وغاراتها ويصعب غلط البطن في أغلب الاحوال الظهور المبكر لأوزعها الاطراف السفلى وأعلى العانة . وبالحس البطني يدرك الطبيب نوتر الرحم حتى ان هذا التوتر يمنع وصول أصابع اليد الى الاجزاء الجنينية . ولكن في الغالب تصل اليها وتدرلشها أربع كتل جنينية غليظة اثنتان منها أكثر صلابة وهما الرأسان اللذان قد يكون

أحدهما الى أسفل والاخر الى أعلى كافي شكل (٤٥) ( شكل ٤٥ )

شكل (٤٥) يشير الى توأمين رأس أحدهما الى أسفل والاخر الى أعلى

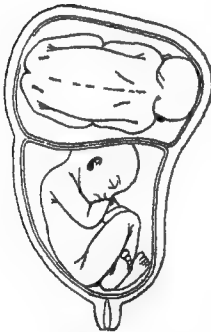
أما الكتلتان الأخريان فتكونان رخوتين قابلتين للضغط هما المقعدتان أحدهما إلى أعلى

والآخرى إلى أسفل أيضاً وأحياناً يكون الجزء أن الأكثر صلابة (أى الرأس) موضوعين في الجزء السفلى من الرحم لكن أحدهما مرتفع عن الآخر والجزء أن الأكثر رخاوة (أى المقعدتان) موضوعين في الجزء العلوى من الرحم كفى شكل (٤٦) وقد يندر في الجزء السفلى جزء رخوع عليظ (أى مقعدة) وفي الجزء المتوسط من الرحم (رأس) ثم يعاوها جسم موضوع بالعرض وجزءه الأ أكثر صلابة موجود في إحدى



شكل (٤٦)

الجهتين الجانبيتين من الرحم وجزءه الأ أكثر رخاوة في الجهة الجانبية المقابلة من الرحم كفى شكل (٤٧) وهذا نادر . وقد لا يندر أن يجلس البطنى الثلاثة كتل غليظة جنينية وهى رأس ومقعدتان أو مقعدة ورأسان وتارة لا يندر به الأطراف غليظة فقط لكن من المؤكد أنهم مملون طبيعة واحدة (أى إما رأسان أو مقعدتان) ويجلس المهبل كثيراً ما يجرد الأصبع فتحة عنق الرحم مفتحة خفيفاً خصوصاً عند متكررة الولادة فتدخل الأصبع فيها بل وفي الفتحة الباطنة له وحينئذ تندر به أغشية الأجنة فإذا حصل



شكل (٤٧)

شكل (٤٦) يشترط أن يكون رأسها أكبر رأس أحدهما أكثر انخفاضاً من الآخر

شكل (٤٧) يشترط أن يكون رأسها جيناً آخر موضوع مرضاً

انحسار جزء جنين يدرك أن المسافة الفاصلة لعنق الرحم عن قاعه تكون أكثر طولاً عما إذا كان فيه جنين واحد لأن الجنين الواحد بانثنائه على نفسه يقل طوله بقدر انثنائه . وقد يدرك في فتحة عنق الرحم جيبان مائيان منفصلان عن بعضهما أو تبيان في آن واحد وهذا دليل على وجود جنينين . وقد شاهد المعلم (دوبول) في دفعتين جيباً من دوناً وضعت المرأة جنينين وهذه الخصوصية وإن كانت نادرة إلا أنه يلزم معرفتها لتعذر زول الجنينين من فوهة الرحم دفعة واحدة وإذا فعل الجلس البطني مع الجلس المهبل فقد يدرك طرفان غليظان صلبان أحدهما إلى الأعلى والآخر إلى أسفل أو أنهما معاً إلى أعلى أو إلى أسفل كما سبق . وهذين الجسبين عكس معرفة أوضاع كل جنين في الرحم . وهذه الأوضاع تنقسم إلى ثلاثة أقسام . الأول أن يكون الجنينان موضوعين بجوار بعضهما أحدهما في النصف اليميني من الرحم والآخر في النصف اليساري منه وهذا في الغالب . الثاني أن يكون أحدهما موجوداً في الجزء السفلي والآخر في الجزء العلوي . الثالث أن يكون أحدهما أمام الآخر والثاني خلفه وهذا النوع الأخير تنعسر معرفته لأن الجنين الخلفي محبوب بالجنين الأمامي فلا تسمع الاضربات قلب الأمي . وسماع ضربات قلبي الجنينين أقوى دليل على وجود حمل توأمي فإذا كان الجنينان موضوعين وضعاً جيداً بحيث يمكن أن يميز تظهر كل منهما فلا بد من وجود نقطة تدرك فيهما ضربات قلبيهما وهاتان النقطتان تكونان منفصلتين عن بعضهما بمجملة سنتين أو ثلاث لا تسمع فيها الاضربات أبداً وتكاد تسمع قليلاً . ومن العلامات الأكيدة على وجود الحمل التوأمي تفاوت عدد الاضربات في هاتين النقطتين بأن يكون عدداً أحدهما (١٥٠) نبضة وعدد الأخرى (١٤٠) مثلاً أما إذا كان العددان متعدياً فليقطع وجود جنين واحد وإذا كان أحدهما التوأمين ميتاً فالجلس المهبل يعرّف ما وجود الجنينين . وقد يشبه الحمل البسيط بالحمل التوأمي بسبب عظم حجم البطن الناجم عن ترايد كمية مياه الأمنيوس ويدفع هذا الالتباس بالجلس البطني والمهبل وبالتسمع وتارة يحصل الالتباس في الحمل البسيط المضاعف بسبب وجود ورم أو كيس في المبيض في دفع هذا الالتباس بما تقدم وقد يحصل الالتباس بعد ولادة الجنين بسبب غلظ المشيمة ونخس نسج الرحم فيتوهم قضاء جنين آخر فيه . وبالبحت بما تقدم يعلم أنه ليس كذلك

(في انتهاء مدة الحمل التوأمي) - فحصل على العموم ولادة الحمل التوأمي قبل تمام مدة الحمل فنظرت المرأة أحدهما بعد الآخر وليس من البادر مشاهدة مجيئهما المعيب في الحالة



العادية يجيئ كل منهما بالقة أو أحدهما بالقة والآخر بالمقعدة وقد يجيئ كل منهما بالمقعدة أو أحدهما بالمقعدة والآخر بالكف. أما سير الولادة في الحلة العادية فهي أن تحصل ولادتان على التعاقب إلا أن ولادة الجنين الأول تكون بطيئة والثاني سريعة وأنهما يكونان من نوع واحد كورة وأنثى وقد يختلفان فيكون أحدهما ذكر والآخر أنثى . وإنذار الحمل التواحي بالنسبة للرأى ليس جيداً لأنها تكون في تعب طول مدته تقريباً بسبب قوت بطن أنوتر أعظيما ووجود أوزيما أطرافها السفلى وأن الجنين يكون عرضة للجيشت المعيبة التي لا تتم الولادة فيها إلا بعمل ينجم عنه خطر للجنين وربما ينجم عنه للرأى أيضاً ويكون الإنذار غير جيد أيضاً للجنين في المجيء العادي إذا ولد قبل تمام مدة الحمل (في الحمل خارج الرحم) - الحمل غير الطبيعي يسمى باسم النقطة التي تنوفيها البيضة فإذا كان في المبيض قبل حمل مبضي وإذا كان في البوق يسمى بوقيا وإذا كان في جزء البوق الذي يعرف جدران الرحم يسمى خلاليا وإذا كان في تجويف البريتون يسمى بطنيا . فالحمل البوقي هو أكثر حصولا والحمل البريتوني هو أكثر الأنواع خطرا . ثم إن معرفة الحمل خارج الرحم تكون صعبة في الأشهر الأولى خصوصا إذا كان الحيض منقطا لأن التنوعات الحاصلة في حجم البطن وفي قوام عنق الرحم وفي هيئة الهالات الشدية تحصل كما في الحمل الطبيعي ولكن بعد مضي خمسة أشهر توجد علامات بها يمكن معرفة الحمل خارج الرحم إذا يكون شكل البطن غير منتظم وبالجس البطني يعرف أن البيضة النامية ليست في محلها الاعتيادي وبالجس البطني والمهبلي وتوجيه الرحم من يدالي أخرى يدرك أنه فارغ ولو كان متزايدا الحجم قليلا ومقولا إلى الجانب المقابل للورم. وأخيرا إذا كان الجزء السفلي من الكيس شاغلا للضيق العلوي يمكن أحداث الهزة فيه التي تعرف أكيد أنهم ليست في نفس الرحم وفي هذا الزمن تدرك اليد الحركة الذاتية للجنين وتدرك الأذن الغاطية القلبية التي تكون أكثر مطعنة عن العادة ثم إذا لم يترق الكيس يحصل للحامل في الشهر التاسع آلام كالآلام الولادة سواء كان الجنين حيا أو ميتا وهذه الآلام تمكث في الحد المتوسط من ثلاثة أيام إلى أربعة ثم تزول بدون تعدد في فتحة عنق الرحم وخروج شيء مائمه ثم يعقب ذلك راحة للرأى ويستمر الحمل من سنتين إلى ثلاث أو أكثر بدون ظهور حيض في مدته بخلاف إفراز اللبن فإنه لا يحصل وفي كل تسعة أشهر يطرأ على المرأة آلام تمكث ثلاثة أيام أو أربعة شبيهة بالطلق بدون تعدد فتحة عنق الرحم كما ذكرنا . وقد ذكر بعض المؤلفين حصول العلق عند اناث

مدة الحمل خارج الرحم ووضعهن بعد انتهاء المدة الاعتيادية لأطفالا أحياء .

(السير الذي يلزم أن يتبعه المولود في الحمل خارج الرحم) - إذا ثبت وجود الحمل خارج الرحم فالطريقة الوحيدة لتجنب الضرر الذي ينجم عنه هي إخراجه بواسطة شق البطن وهذا العمل يلزم فعله من ابتداء ظهور الحمل إلى الشهر الخامس أما إذا لم تستثمر المرأة الطيب إلا بعد مضي هذا الشهر فيمكن المولود أن يؤثر العمل وينتظر مضي الشهر السابع أو الثامن أعلا يشترط في هذا التأخير أن يكون الجنين حيا غير مهدد للحياة الآن . ولأجل استخراج شق البطن إلى أن يصل الشق إلى الكيس ثم يحاط الجزء الذي يبرز من الكيس بالبطن العقيم ثم يخط جدره بجدر البطن (أي في جلد البطن) لكن بدون مرور الإبرة في تجويف الكيس بل في خصله أنسجة جدر الكيس ثم بعد ذلك يفتح الكيس ويخرج الجنين بضبطه من قدميه ثم يغسل بامتن الكيس بمحلول مركز للتفتول ثم يحشى بالغاز البودقوري ويغير عليه يوميا فينتهي بالشفاء وهذه هي طريقة حفظ جدر الكيس وهي المفضلة . وأما الطريقة الثانية التي فيها يستأصل الكيس فهي أن يشق البطن ثم تحاط جدر الكيس في شق الجرح البطني مؤقتا ثم يشق الكيس مع الاحتراز من تمزق الأوعية ثم يخرج الجنين ويربط الحبل السري ثم تخرج المشيمة ثم الغلافات باستئصالها ثم تمسك الأوعية الناذفة بالجفوت ذات الضغط المستمر وهكذا حتى تنتهي العملية . ثم يحفف ويحاط الشق البطني ويغير عليه بعد اليوم الثالث . وأما إذا كان الكيس متفصفا فيستع فيه ما يعمل في خراج حوضي

(في الحمل الكاذب) - يسمى الحمل كاذبا إذا تغير متحصل العلق وصار شبيهًا بكتلة لا يدرك فيها وصف الجنين فإذا كان يكون كويصلات ديدانية أو مادة لجمية ففي الحالة الأولى لا يوجد أثر للجنين وفي الحالة الثانية تكون الكتلة العنمية محتوية إما على جنين كامل أو على بعض آثار من الحبل السري وأيا ما كان الحمل الكاذب يحصل في مدته انقطاع الطمث وتزايد في حجم البطن تدريجي واحتقان في الثديين وغير ذلك كما في الحمل الحقيقي ولا يعرف أن كان صادقا أو كاذبا إلا بعد الشهر الخامس إذ فيه تظهر العلامات المؤكدة كالهزة والحركات الذاتية للجنين وألغاط قلبه فهذه العلامات الثلاث متى بحث عنها بالدقة مرارا في أزمنة مختلفة ولم تدرك تحقق من عدم الحمل الحقيقي وفي الغالب لا يستمر الحمل إلى انتهاء مدته بل يقذف الرحم ما اشتمل عليه قبل هذا الزمن ويوجد أيضا بعض أحوال فيها يظن حل

حقيقى كاحتباس الطمث والاستسقاء المائى الرجى والغازى الرجى والتشهم البطنى وبعض الاحوال العصبية التى تنسب للاستيرياء أما احتباس دم الطمث فى تجويف الرحم فقد يحمل الانسان على الظن بوجود حمل لعدم زول دم الحيض وظهور انطاوهر سمبائوية للمرأة لكن بعد الشهر الخامس يسهل تمييز احتباس الطمث عن الحمل الحقيقى لعدم وجود علامات المؤكدة وهذا الاحتباس ينجم غالباً عن عدم انتقاب غشاء البكارة أو انسداد فوهة عقى الرحم . وأما الاستسقاء المائى الرجى والغازى الرجى فيشتبهان بالحمل الحقيقى بسبب انقطاع الطمث وظهور انطاوهر السمبائوية كما تقدم وهذا الاشتباه يزول بعد الشهر الخامس كما تقدم أيضاً وبالفرع على الرحم فى حالة استسقاائه الغازى يسمع صوت طبل . وفى بعض الاحوال الاستيرياء تظن المرأة مدة الثلاثة الشهور الاولى أنها حامل وهذه الاحوال تشاهد عند النساء العصبيات الاذنى بلغن من العمر نحو (٣٥) أو (٤٠) سنة وحينئذ يغلب عليهن تشوق لا لولادى حصل لهن مرض عصبى رجى أو معوى أو تغير عضوى رجى أو مبيضى يتولد عندهن ادراكات كاذبة توهمهن أنهن حوامل بسبب غوطوخن وانتفاخ الشدين وظهور انطاوهر السمبائوية وحصول بعض انقباضات تشنجية رجمية ومعوية يعتبرنهما حركات جنينية حتى ان بعضهن فى انتهاء مدة الحمل العادية على حسب توهمها تزعم أنها استعرت بالام الولادة مع كون حصول الطمث مستمر اعندها لكن ينذر امتداد هذا

الوهم الى ما بعد الشهر الخامس لعدم وجود العلامات المؤكدة الدالة على ذلك

( فيما يلزم التعامل مدة الحمل ) - يلزم الحامل أن تستنشق الهواء الطلق وأن يكون مسكنها متسعاً متجدداً الهواء الجيد فلا يندفى لها أن تكون محرومة منه لان فى الحرمان ضرراً عليها كالجحنى ويلزمها أيضاً التريض ماشية كل يوم بدون أن تجهد نفسها وليس لها الركوب فى المركبة ( العربى ) الا اذا كانت عذبة الهز وخيلها هادئة وسيرها بطياً والطريق مستوية ومدة السير قليلة أما السباحة والسفر فتنمى عنهما فى الاشهر الاولى اذا كانت بكربة الحمل بخلاف متعدده فالتصریح بهما يكون تابعا لعادة كل امرأة وسوابقها لان من النساء من يتأثر رجها بأقل حركة فتجهد وبن من لا يتأثر رجها بالحركة ومع ذلك اذا كان السفر اضطراراً يلزم أن يكون منقطعاً بحيث انهما تستريح فى كل محطة على الفراش مدة تختلف باختلاف احساساتهما كما أنه يلزم أن تمتنع من التوجه للاحتفالات العمومية كراعى الالعب وما أشبهها ومن الوطء مدة الشهور الثلاثة الاولى وفى الثلاثة الاخيرة أيضاً ويلزم

أن تكون ملابسها متسعة وان تختب لبس المنطقة البطنية وأن تستعمل الحمام القدي عند الحاجة بشرط لتنظيف جسمها مادة الجمل بشرط أن لا تمكث فيه الا قليلا وان حرارة مائه تكون نحو (٣٥) درجة أو أكثر تبعاً لحساسها ويمكن أن تستعمل الحمام القدي عند الاحتياج بشرط أن لا تزيد حرارة مائه عن خمس وثلاثين درجة كما تقدم. ويلزم للحامل أن تستعمل في كل صباح حقنة مهبلية منظفة بشرط أن يكون دخول الماء يهدؤ وأن تكون الانبوبة المهبلية مثقبة وموجها طرفها نحو جدر المهبل لا نحو الرحم وأن ماءها يكون عقيماً فاتراً. ومتى قرب انتهاء مدة الحمل يضاف الى ماء الحقنة قليل من حمض البوريك أو من السليمانى لعمل محلول خفيف جداً. وبما أنه في انتهاء مدة الحمل ينفرز من حلة الثدي مادة تسيل الى الخارج تلونها وتكون فوقها قشور تصير في أغلب الاحوال سبباً للتشققات والالتهابات الجلدية الشديدة فيلزم دائماً غسل الحلمات بمحلول حمض البوريك لتجنب هذه الامراض ثم دهنها بالفازلين البوريكي يومياً. واذا كانت الحلة الثديية قصيرة يركب عليها قمع في شكل المحجم ثم يفعل فيه الفراغ ويترك موضوعاً عليه مدة ثم يرفع ويكرر ذلك بجملة مرار كل يوم في أثناء الحمل. ويدفع الامساك باكل الخبز والسباغ والبرقوق المطبوخ أو بتعاطي المرأة قبل طعام المساء ملعقة كبيرة من بزر الكتان كل ليلة أو تعمل حقنة شرجية من الماء الفاتر مضافاً اليه ملعقة من الجليسرين أو يعطى لها برشامة محتوية على ٥٠. ستيجيرام من الراوند أو كباية ماء معدني مسهل ويلزم رفض المسهلات الشديدة كما يلزم أن تنظف أسنانها عقب كل أكل بواسطة مساحنة نظيفة تغمس في المحلول المكون من يوركس (١) جرام ومن يمول ٥٠. ستيجيرام ومن ماء مقطر ٥٠. جرام ويلزمها أن تتغذى جيداً فيعطى لها كل ما تطلبه شهيئها لكن لا يصح لها باكل التوابل ولا المنبهات ولا الاغذية العسرة الهضم لتجنب اضطراب الجهاز الهضمي

(في أمراض الحمل) - تنقسم أمراض الحمل الى قسمين أمراض تختص بالمرأة و أمراض تختص بخصل المولود. فالأمراض المختصة بالمرأة أغلبها ليس أمراضاً حقيقية بل هي اضطرابات سمبائية تحصل في الاجهزة المختلفة لها وهي اضطرابات الجهاز الهضمي والتنفسى والدورى والبولى وجهاز الحركة والعصبى. أما اضطرابات الجهاز الهضمي ففقد الشهية والوجع والالام العصبية المعدي والقيء والامساك والاسهال وهذه الظواهر تحصل في المدة الاولى من الحمل وتعالج بالطرق الاتية. فلعلاج فقد الشهية اذا كان اللسان وسخناً

تعطى المرأة مسهلًا خفيفًا مكونًا من نخوج ولين إلى أربعة من الراوند أو المانيزيا المركبة أو (١٥) جرام إلى (٤٠) من زيت الطروع أما إذا كان اللسان نظيفًا فتعطى المنقوعات المرة العطرية كمنقوع القطريون الصغير وصفة الجنطيانا وغيرها. وتدفع نواحر الرحم وتلطف بتعاطي الادوية المرة وإن كانت المرأة أنيمياوية أو خلوروزية أضيف للأدوية المرة المركبات الحسدية وعادة تزول تلك الظواهر من نفسها بتقدم العهد . وأما الألم العصبي المعده فيصطبغ باعتقال وجوضة معديين وعسر في الهضم وامسالك ونحو ذلك وتلزم مداركته خوفاً من أن يؤدي إلى الاجهاض بإعطاء المانيزيا المكلتة من جوام إلى جوامين مضافا إليها نحو عشرين سنجرام من الاتيين كل صباح وثلاثة أو أربعة من أقراص فيشي كل يوم ثم رافى أوقات متباعدة أو فوسه تين سنجرام من تحت ثمرات البرموت قبل كل أكلة بربع ساعة إن لم يوجد امسالك مع استعمال ما علس بدل الماء شربا وإن لم يزل بهذه الوسائط توضع حرقاة نوشارية على فم المعدة وبعد نزاع البشرة يذرع على سطحها سنجرام من المورفين أو يعطى شرابه وحده والأحسن أن يكون مزوجا بقدرة من شراب قشر النارج وفي آن واحد تستعمل حقنة شرجية من مطبوخ زرا الكثنان مثلا لاجل زوال الامسالك . وأما القيء فهو عرض يكثر حصوله عند الحوامل فإذا كان قلب الابن لم يزد عن مرتين في اليوم والبلية فلا يهتم به . ويكفى لمنعه ابصاء الحامل بالمقاومة وعدم الفكر فيه مع تعاطي منقوع عطري كالشاي أو أوراق البرتقال أو النارج أو الملبسبالا يندر استدامة هذا العارض إلى الشهر الرابع أو الخامس أما إذا تكررت جملة مرات في اليوم وأخرج أغلب ما تناولته المرأة من الأغذية كان مرضا يخشى منه على حياتها بسبب الجمران من الغذاء وعلى الحمل نفسه بسبب اضطراب دورة الرحم وأنزقته السابجة عن مجهودات القيء ولا يؤدي حرمانها لموت الجنين إذ ثبت بالشاهدة أن الهرومة من التغذية تلد طفلا جسد العمة كالأول كانت تغذيها جيدة أما إذا استمر القيء إلى ما بعد الشهر الخامس وتزايد عدده وتعاضى على العلاج سمى القيء المتعاضى ويحصل قبل الأكل أو بعده بعدة مختلفة وهذا الأخير أقل خطرا من الاول وأعراض القيء المتعاضى تختلف باختلاف أدواره . ففي الدور الاول تنحف المرأة بدون حي ومدته مختلفة وقد يحصل أثناءه وقوف التي وقتحسن بنية المرأة . وفي الدور الثاني تظهر الحمى والكاشيكسيا وتفسير المرأة أكثر تخافة ويعتبرها حي ذات نوب ويصير نهجا جافا ذاراحة كريهة ومدته تختلف من أسبوع إلى أشهر . وفي الدور الثالث ويسمى

دور التطواهر الخفية بعثرى المرأة هالوسة وتخييلات وظواهر جنون. وأنذار التي المتعاصي  
خطر اذا استمر وزول بخروج الجنين ويدفع هذا التي بطرق عديدة منها تغيير مواعيد الاكل  
الاعتيادية واعطاؤها ستيجرامين من خلاصة الافيون في ابتداء كل اكل مع تعاطي  
المنقوعات العطرية كالنعناع والميليسا وورق البرتقال واستعمال اللهبونات الغازية  
المحمضة بمحض الليمون الحامض شراب التوت الافرنكي أو تعاطي جرعة المعلم (رفير) وهي  
تركب من سائل منفرد ومحتوي بيكر بونات الصودا وسائل آخر منفرد أيضا محتوي على  
حض الليمون والطريبر وكلا السائلين يكون محلي بالسكر فيعطى من السائل الاول ملعقة  
الى اثنين ثم يعقب بمجر مشله من السائل الثاني فيحصل التفاعل والفوران في المعدة أو  
يعطى للمرأة أو كسالات السر يوم بمقداره ٥ الى ٦ سنتجرام في اليوم وقد يعطى شراب  
الايثير أو شراب المورفين أو المشروبات الجليدية بمقدار قليل بدون تراخ أو قطع صغيرة من  
النبيج تزددها بنماها أو صبغة اليود الكحولية بمقدار من (١٠) نقطة الى (٢٠) نقطة في  
اليوم توضع في نصف كوب من الماء المحلى بالسكر وتؤخذ بالملعقة أو تعطى نقطتين من صبغة  
الجوز المقفي في ملعقة من الماء المحلى بالسكر كل ساعة وإذا لم يثر ذلك كله تعطى ٦ سنتجرام  
من تحت ثمرات البزموت مع (٢) سنتجرام من خلاصة الافيون قبل كل أكلة بربع ساعة  
أو تعطى قليلا من الروم أو الكينال أو الشبانيا المنلجة مع وضع حراقة نوسادرية على المعدة  
بغير عايل بمصوق المورفين أو يحقن تحت الجلد بمحلوله أو تستعمل حقنة شرجية مكونة  
من (٣٠) أو (٤٠) نقطة من اللوداوم في (٥٠) جرام من سائل غروي تكفي الخطمية  
وإذا كان التي دور ياعطى الكينين لكن بمقدار قليل لانه يحدث الاجهاض وبعضهم  
استعمل كي عنق الرحم بثرات الفضة وبعضهم أوقف التي بنميد عنق الرحم باصبعه وعلى  
كل فيلزم تقسيم غذاء المرأة الى جملة مرات بمقدار قليل في كل دفعة كما أنه يلزم أن تكون  
الاعذية مبردة لأنها تحملا من الحارة . وإذا لم يقف التي استعملت الحقنة الشرجية  
المغذية والحقن تحت الجلد بالمصل الصناعي مع امتشاق الهواء التي دائما فإذا استمر التي  
حتى أضعف المرأة فلا يلزم التأخير عن احداث الاجهاض الصناعي ويحدث أيضا منى  
شوهذا غشاء المرأة من أقل حركة أو عمل أو كانت تقاطع الوجه متغيرة جدا أو وجدت حي  
شديدة مستمرة وتجاوزت حرارتها (٣٨) درجة والنقص (١٢٠) نبضة وبالجملة فالانتظار  
أو عدمه أمر متعلق بنظر الطبيب وحكمه . وأما الامسال فيتسبب عنه فقد الشبهة

وظواهر عصبية ربما أثرت على الرحم وأحدثت الاجهاض ولذا يلزم دفعه في الحال بتكرار الحقن الشرجية الغروية أو الزيتية أو المحتوية على ملعقتين من الجليسرين أو تناول المرأة منافر من (١٥) الى (٢٠) جرام من زيت الخروع أو من جرامين الى أربعة من المايزيا المكلسة أو الراوند . ولأجل نجاح الحقنة الشرجية عند مدمات الحمل يلزم أن توصل أنبوبة الحقنة بأنبوبة طويلة لأجل أن يصل طرف الأخيرة الى أعلى جزء من الأمعاء الغليظة المضغوطة بالرحم وبدون هذا الاحتراس لا تصل مواد الحقنة الى الأمعاء وبناء على ذلك لا يخرج الأجزاء قليلة من المواد البرازية أو لا يخرج شيء . وأما الاسهال فهو أندر من الإمساك وهو مهيج للاجهاض اذا استمر ولذا تلزم معالجته في الحال بمنعهما من الأغذية ونعاطيها بجرعة مركبة من مغلي الارز المضاف اليه جزء من الصمغ العربي وجزء من تحت نترات البريموت وآخر من شراب زر السفرجل . وأما اضطراب الجهاز التنفسي فينجم عن تناقص القطر العمودي للصدر مدة الحمل بسبب اندفاع الحجاب الحاجز الى أعلى الرحم كما قال بعض العلماء ويعترض عليه بأن هذا التناقص يكافئ بتزايد القطر المقدم الخلفي للصدر ولولم يكن كذلك لحصل استفسار المتحصل المألوف لان الحامل تنفسم لشخصها ولجنينها ولذا كان عدد حركات التنفس متزايداً عند مامة الحمل فتكون من (٢٦) الى (٢٨) حركة في الدقيقة الواحدة وذلك من الشهر الثامن الى التاسع أما في غير مدة الحمل فيكون عددها من (١٦) الى (٢٠) وتزايد كذلك في الشهرين المذكورين التطواهر الكيمائية للاحتراق وبناء على ذلك يخرج مواء الفيريكية أكثر من حمض الكبريتيك عن الكمية التي تخرجها غير الحامل وحينئذ يكون عسر التنفس الذي يشاهد في الأشهر الأخيرة ناجعاً عن حصول الانيميا والخلو روزا عن مرض الجهاز التنفسي ولذا يلزم دفعه بتعاطي الادوية المروية والمركبات الحديدية والأغذية المقوية اما اذا كان العسر شديداً ناجعاً عن الامتلاء الدموي العمومي أو عن المراجعة فيعمل الفصد العام لانه مفيد حينئذ . وأما اضطراب الجهاز الدوري فيعتمد منه تناقص عدد الكرات الحمراء الممرأة فينزل الى (١٠٤) جرام في (١٠٠٠) جرام من الدم بعد أن كان في حالة غير الحمل ١٢٥ في الالف ويحصل كذلك تناقص في الايموجلوبين وتزايد قليل في عدد الكرات البيضاء وفي كمية مصل الدم أيضاً فيكون مقداره في غير الحمل (٧٥١) في (١٠٠٠) جرام من الدم أما في مدة الحمل فيصير (٨١٧) في الالف وكذلك يتناقص الالبومين والفبرين لكن

لكن في المدة الاخيرة من الحمل تزايد الغبرين وكذلك تنقص كمية حديد الدم وبالحمل تحصل مدة الحمل انيميا كروية وامتلاء مصلى وفي آن واحد يزداد حجم القلب ووزنه ففي مدة الحمل يصل الى (٢٩٠) جراما وفي غيرها يكون من (٢٢٠) الى (٢٣٠) جراما وهذه الزيادة ناجمة عن تزايد سمك بطيبه خصوصا اليساري منهما وتزايد هذا السمك سببه تزايد شغل القلب الناجم عن وجود دورة دموية ثالثة وهي الدورة الرجيه المشيمية فلتنفع الدم الى هذه الاجزاء يضم القلب ولذا يكون النبض مدة الحمل صلبا متزايدا العدد وبسبب ضغط الاوردة الحرقسية بالرحم المتزايد الحجم تتسدد أووردة الاطراف السفلى فتظهر الدوالي وبسبب هذا الضغط وتزايد كمية مصلى الدم ينغصم أووردة خلال جدار الاوردة المتعددة الى التسيج الخلوى للاطراف السفلى . وبالحمل يوجد تارة لدى الحامل الامتلاء الدموى الحقيقى وهو نادى حتى لدى دمويات المزاج وتارة الامتلاء الكاذب وهو الاكثر حصولا فتكون الدورة العامة في كليهما أكثر امتلاء خصوصا في النصف الثانى من مدة الحمل وكثيرا ما تنكأ الحوامل دورانا في الرأس وغشاوة في البصر وطنين في الاذنين وحرار في الوجه وارتفاع في حرارة الجسم خصوصا في الرأس وهذه الظواهر تحصل بخفة غالبا وكما تحصل في الامتلاء الحقيقى تحصل كذلك في الامتلاء الكاذب . وتدفع الظواهر الناجمة عن الامتلاء الكاذب بتعاطى الادوية المرة والحديدية واذا لزم الفصل لا يستخرج زيادة عن ثلاثمائة جرام من الدم ويعطى عقبه في الحال المركبات المرة والحديدية والانبذة العنيفة والاغذية المقوية . وقد يوجد امتلاء موضعى رجى يحدث عند المرأة شعورا بثقل في أعضاء الخوض وتورم في البطن السفلى والام قطنية وكأوية وهذا الامتلاء ينجم عن امتلاء عمومى لدى النساء الدمويات المزاج اللاتي يحضن أثناء المدة الاولى للحمل وبوجود هذا الامتلاء تضطرب دورة الجنين فتقل حركاته وتضعف وربما لا تدرك فاذا لم تعالج المرأة وقتئذ حصل لها الاجهاض فالطريقة المفيدة لمنعها هي فصد النزاع لاستخراج كمية من الدم نحو ثلاثمائة جرام كما ذكر فاذا تكررت هذه الظواهر يومر للمرأة بهجمات خردلية يدوية أو بوضع ليج خردلية بين كتفها وبوضع جلة محاجم على الصدر بدون تشريط وتؤمر باستنائها على ظهرها وتعاطى مشروب مسهل خفيف وغذاء قليل وقد يحصل الامتلاء الموضعى لدى العصبيات وزلايات البول فيدفع أيضا بوضع اللج الخردلية والمحاجم الخافعة واعطاء الادوية المرة والحديدية المفيدة كثيرا حيث قال المعسلم (كازو) ان تعاطى الحديد من ابتداء الحمل يمنع الاجهاض عند من



تعودن عليه قبل استعماله وانهم يلدن أولاد جيدي الصحة بعد ذلك ومع هذا العلاج تؤمر المرأة بالاستلقاء واما على الظهر على كرسي مستطيل الى أن يعضى الزمن الذي كانت تحيض فيه . ومن أمراض الجهاز الدوري الدوالي وأورعيا الأطراف والبواسير وهي تنجم عن مزاجية سيرة دورة الوريد الباب ودورتي الاوردة الحرقفية وهذه التطواهر وان كانت لأهمية لها الا انه يلزم دفعها فتدفع دوالي الأطراف السفلى بعمل ضغط لطيف مستوعليها بواسطة رباط من الصوف أو بواسطة استعمال شراب من اللاسك . وتقاوم الاورعيا باستعمال الدلك . وتدفع البواسير بتعاطي المليينات واستعمال الحقن الشرجية المليئة والحمامات الجلوسية الباردة وهذه علاجات تحسينية وقديمت شفاؤها بعد الولادة . وقديمهصل تلعب العامل فإذا كان قليلا لا يهتم به وإذا كان غزيرا يدفع بتعاطي مسهل خفيف من كبريتات الصودا أو كبريتات المانيزيا مع استعمال مضخة قابضة أو استئصال قطع صغيرة من الثلج أو من السكر النبات أو بتعاطي نحو مليلجرام من الاترويين مع التصبر لانتهاه الشهر الثالث حيث يزول من نفسه بعد هذا الزمن عادة \* وأما اضطراب الجهاز البولي فيعذمه الحصر البولي الذي يشاهد في بعض الاحيان عند الحوامل بسبب ضغط الرحم على قناة مجرى البول . ويستعمل لدفعه تقسطر المرأة بعد تطهير القسايطر . ويعذمه التزلات المشابة التي تعالج بالحجة البنية وبفعل المسانة بمحاول حض البويريك الفاتر (٤ في ١٠٠) وباعطاء المرأة السلول من (١) الى (٤) جرامات أو الانيبيرين من (٢) الى (٣) جرامات في اليوم . ويعذمه وجود الزلال في البول بسبب اضطراب الدورة عندهن . وقد يكون وجود الزلال ناجما عن التهاب كلوي حقيقى مزمن ( أى مرض برايت ) وحينئذ يكون سابقا على الحمل . وعلى العموم كلما خرج جزء من الزلال بالبول تراكم جزء من البولينا في الدم . وقد لا يدرك وجود الزلال في البول الا عند بحثه ولذا يلزم دائما بحث بول الحوامل سواء كن بكرات الحمل أو متكرراته ويكون هذا البحث إما بقلبانه على النار حيث يرستب الزلال ولكن قد يكون الراسب ملجيا وحينئذ فلا أضعف له بعض نقط من حض الستريك المدخن ذاب اذا كان ملجيا ويبقى على حاله اذا كان زلاليا وإما أن يكون البحث بوضع الحض المذكور على البول الزلال فيرستب زلاله لكن هنا يرستب أيضا حض البوليك فاذا غلى على النار ذاب الراسب اذا كان من الحض ويبقى على حاله اذا كان من الزلال . وقد تعان أورعيا الأطراف السفلى بوجود الزلال في البول ولكنكم اقد تكون ناجمة عن

الدوا إلى لاعن وجوده . وقد تعلن بوجود الزلال إحدى الطواهر الباجية عن التسهم البولي بالبولينا كوجع الرأس ودورانه وغطشة البصر والكمنة والسعال والام المعدي والانقباضات التنجية والكوما . وهذه الطواهر اذا لم تكن ناجمة عن التغير الكلوي نزول بزوال الزلال عقب الولادة . ويدفع خروج الزلال مع البول بتدفئة المرأة وتغذيتها بالبن الحليب فقط أو بالفصد اذا ظهرت التشنجات أو الكوما \* وقد يوجد في الثلاثة شهور الاخيرة من الحمل سيلان غزير مهلي ذولون أبيض أو أخضر ناجم عن التهاب مهلي مزمن بسيط حبيبي وتدرله محبوبه إما بالجلس المهلي أو بالبصر بواسطة المنظار . فاذا كان هذا السائل غزيراً أحدث اضطراباً في الهضم وألماً معدياً عصبياً . وهذا السيلان يعالج إما باستعمال الحمامات والغسلات المهبلية المعقمة أو بالزرقات المهبلية بالماء الأبيض المكوّن من الماء ومن تحت خلاص الرصاص أو بمسحلول الزنك ثم توضع عقب ذلك قطعة صغيرة من قاش رفيع عقيم أو من غاز البودوفورم بين الشفرين العظيمن ويفعل هذا يومياً حتى تنتهي الولادة

(في اضطراب جهاز الحركة) - قد يحصل للمرأة في الاشهر الاخيرة للحمل ارتخاء في اربطة الارتفاقات الخوضية . فاذا كان الارتخاء خفيفاً فلا ينتج عنه ألم ولا صعوبة في المشي ولا في الوقوف . واذا كان عظيماً نتج عنه تحرك الاسطحة المفصليّة وحينئذ يصير المشي والوقوف شاقين عليها . وقد ينتج عن ذلك التهاب الاربطة وغضاريف الارتفاقات المذكورة . فحق أدركت المرأة حركة غير اعتيادية في مفاصلها الخوضية مع عدم الثبات في المشي ووجود آلام فيها تؤمر باستلقاء على الظهر طول مدة الحمل بل وبعد الولادة زمن تامة الراحة التامة . ثم بعد الوضع يجتهد في رجوع الاربطة الى مرونتها الاولى باستعمال التشنل بالماء البارد البسيط أو بالمطى أو بوضع الحراقات الطيارة التوشادرية على المفاصل المذكورة أو بلف الحوض لفامتين بارطعريض . وينبغي استعمال هذه الوسائط زمناً طويلاً لان الشفاء هنا يكون كثيراً بطيء ففي كثير من الاحوال لا يحصل الا بعد ثمانية أشهر أو أكثر فاذا لم تزل هذه الحركة المتعبة بعد ذلك يلزم استعمال منطقة الغولاذ على الدوام مع الاحتراز من العظيم أثناء المشي

(في الاضطراب العصبي) - قد يحصل عند المرأة مدة الحمل اضطراب في القوى الحسية والميلية والعقلية ودوار وغطشة في البصر وانحاء وتغير في الذوق وأحياناً الكمة والصمم

وتتغير في الاخلاق وكرهه بدون سبب لاحبابها الاعزاء وعدم الهمة وحالة جنون جزئي أو تهييج شديد . ومن الحاملات من تقضي بجميع أوقاتها في النوم . ومنهن من تشتكي بألم عصبي في الوجه . فإذا كان سبب هذا التطواهر فقر الدم فالوسائل التي يعتمد عليها في الشفاء هي تعاطي المركبات الحديدية والادوية المرة والغذية المقوية مع الرياضة المنتظمة . فإذا لم تثمر هذه الوسائل تنظر الولادة حيث يعقبها انتظام الوظائف العصبية

وقد يوجد عند بعض الحوامل أكلان شديد في الفرج فيعالج باستعمال الحمامات الفاترة المتكررة والغسلات المستمرة بماء تحت خللات الرصاص أو محلول بورات الصودا . والاجود من ذلك أن يغسل بمحلول حار جدامن السليمان (١) على (٥٠٠) أو (١) على (١٠٠٠) أو على (٢٠٠٠) أو على (٤٠٠٠) ويشكر الغسل بجملة مرات في اليوم والعلم (دواء) يوصى بمحلول مكون من الجليسرين الانجليزى (٢٠) جراما ومن السكر وفورم (٥٠) سنجرام ومن صبغة الزعفران (٥٠) سنجرام أيضا لكن العلاج الاكثر قوة هو المس بنترات الفضة محلولاً أو صلباً أو يذرع عليه بجملة مرار مسحوق مركب من الكوكايين والنشأ وتحت نترات البرموت والكافور

في الالتهاب النفاسية قد تحصل الالتهاب لمدة الحمل نحو الشهر الثامن أو من المخاض أو في الأيام التالية للولادة وأكثر ظهورها يكون عند بكرات الولادة الصغيرة السن مدة المخاض خصوصاً من تمدد فتحة عنق الرحم . اما اذا ظهرت بعد الولادة فيكون ذلك عقيماً يضاع ساعات غالباً أو أثناء الاربعة أيام التالية . وحصول الالتهاب يقل في الحمل الثاني ويندر في الثالث كما يندر عند المتقدمات في السن وان كن بكرات . ثم ان الالتهاب يضاعف البول الزلالى فتارة بسببها وتارة يظهر معها ولكن ليس كل مصابة بالبول الزلالى تصاب بالالتهاب لانه لا توجد الا واحدة تصاب بها في خمس من المصابات بالبول الزلالى

(التغيرات التشريحية) اذا فحمت جثة من ماتت بالالتهاب فقد توجد تغيرات الالتهاب المكاوى ويوجد الكبد والطحال محتقنين والرحم محتوي على جلط دموي والمبيض محتوي على بورات زرقية والمخ محتقنا ومحتوياً بأحيانا على بورات زرقية أيضاً ومصاباً بالازعما أو يوجد استسقاء بطنيته والدم يكون ذا لون بنفسجي ومحتوي على كمية مختلفة المقدار من البولينا أو من كربونات النوشادر الناجم من تحليل البولينا . وبسبب هذه التغيرات يلزم اعتبار الالتهاب عرضاً تسميمياً أكثر من اعتبارها مرضاً عصبياً

**اعراض الاكلبسيا** • يندر أن تمت الاكلبسيا في مبتدئ الحمل في الحال متى كان الطبيب مباشراً أحواله دائماً بحيث لا يتأخر عن العلاج متى ظهر الزلال في البول واصطبغ بالدوار وحصل اضطراب البصر وألم الدماغ والام المعدي وعسر التنفس وحصول التنعس لان جميع ذلك يعلن بالتسمم • وتكون النوبة الاكلبسية من ثلاثة أدوار دور الهجوم ودور التشنج والتشنج ودور الانقضاء والسطه فالدور الاول يتبدى بانقباض عضلات الوجه وثبات المقللة وتباعد الاجفان عن بعضها ثم يعتريها انقباضات تشنجية متوالية فتتقارب وتتباعده وهكذا ثم تتحرك المقللة تحركاً تشنجياً فتجبه الى أعلى وتحتفي القرنية أسفل الجفن العلوي بحيث لا ترى الا الصلبة وتتباعده وتغارب أجنحة الانف وتشنج وتنقبض الشفتان وأحياناً تجبه إحدى زاويتي الفم الى أعلى وأخرى الى الخارج وتنقبض الالياف العضلية للسان فيهتز ويعل الرأس الى اليمين والى اليسار بالتوالي وأخيراً تجبه نحو اليسار وتقف ثابتة نحو ربع ساعة وبالجملة فهذه التشنجات المتوالية والمقارنة لبعضها تنقضي في نصف دقيقة الى دقيقة • والدور الثاني تجبه فيه الرأس فجأة الى الخلف ويتخشب الجرع وتبسط الاطراف وتخشب أيضاً ويقف التنفس ويصير الوجه مرقاً واذا وجد اللسان بين الاسنان صار منضغطاً بينهما بقوة فيتمزق وحينئذ يسيل من الفم لعاب مدم ثم عقب (١٥) ثانية من هذا الدور يتبدى الدور الثالث وفيه تصير جميع عضلات الوجه في انقباض وبسط متواليين وتدور المقللة داخل الحجاج ويصير لون الوجه أحمر بنفسجياً منتفخاً عظيم الحجم كوجه الغريق وتلتوى الاطراف في كل جهة ويندر تنقل الجرع ويصير التنفس غير منظم ويخرج المخاط من الفم بالزفير ويعود بالشهيق وترتفع حرارة الجسم الى (٤٠) أو (٤١) • وهذا الدور يستمر نحو ثلاث دقائق الى خمس وبعد انتهائه قد تفيق المرأة شيئاً فشيئاً بدون أن تشعر بما حصل لها • وأحياناً يعقب هذا الدور تنفس كوماوي يتقطع بنوب تشنجية تارة ينتهي بالموت وتارة تستبقي منه شيئاً فشيئاً بعد مضي بضع ساعات ثم يعقبه الشفاء • ويختلف عدد النوب التشنجية لآكام بسيمافاذا كانت متباعدة عن بعضها فقد لا تتكرر الا ميتين أو ثلاثة وقد تكرر عند بعض النساء نحو مائتي مرة مع التخل بفترات قصيرة تمكث بضع دقائق الى بضع ساعات وفي العادة تكون النوبة الاولى قليلة الشدة قصيرة المدة لا تزيد عن دقيقة واحدة وتكون النوبة الثانية من عجة طويلة الشدة ومدتها تختلف من خمس دقائق الى سبعة

\* والاكليس اعرض حيت للمرأة والجنين أيضا متى كانت نوبها متتابعة بدون فترة ولكن اذا بعدت عن بعضها وقلت شدتها وصارت حوارة الجسم طبيعية ربما أعقب ذلك تحسين حالهما وفي العادة يموت من الاجنة (٣٢) في المائة . وتتميز نوب الاكله بمساعن نوب الأستير بأفققد الادراك فيها فقدا تاما ما بانقباض عضلات البسط . ويمكن تجذب ظهور الاكله سبيا اذا استملت المرأة الغذاء اللبني فقط من ابتداء ظهور الزلال في البول واستمرت على ذلك ثلاثة أشهر اما اذا ظهرت وكانت نوبها خفيفة متباعدة فتعطي الادوية المسكنة واذا كانت قوية متقاربة يلزم الاسراع في اخراج الجنين والخلص بالصناعة . وفي أنشاء النوبة يلزم الطبيب المحافظة على المرأة من ان تضر بنفسها فيجنبها عض لسانها بان يضع شيأ بين الاسنان يبعد الفكين عن بعضهما ويستفرغ البول من المثانة ان وجد . وفي أثناء الفترة يفعل للمرأة حقنة شرجية منظفة مكونة من (٢٥٠) جرام من الماء ومن قبضة من ملح الطعام ثم يفعل عقب ذلك ربع حقنة شرجية محتوية على (٢) الى (٣) جرامات من الكورال الايدراي ويمكن الزيادة عن ذلك بالتدريج الى (١٢) جراما في (٢٤) ساعة بحسب شدة النوب وخفتها . واذا وجدت الكوما تستعمل الفصد العام لاستخراج كمية من الدم تختلف بحسب قوة المرأة وضعفها أو توضع عشر علفات الى (١٢) خلف كل اذن ولج خردلية على الاطراف السفلى ومثانة مملوءة بالتج على الرأس أورفائد مبتلة بالماء البارد اذا لم توجد المثانة . ففي أمكن المرأة الازدراد يعطى لها شراب الايتير والكورال الايدراي من (٤) الى (٥) جرامات مع (١٠٠) جرام من الماء أو يعطى لها شراب المورفين في منقوع الزيزفون . وبالجملة فجميع هذه الوسائط ربما لاتفيد فالاولى من ذلك كله الاسراع في اخراج الجنين والخلص

(في سقوط الرحم) - من المعلوم أن نزول الرحم بل سقوطه الكامل لا يمنع تلقح البيضة ولا ينج عنه أدنى عارض كائن ذلك بالمشاهدة . فقط يلزم أن تؤمر المرأة باستلقائها على ظهرها مدة الاربعة الاثني عشر الاول وأشار بعضهم أنها تستعمل مع الاستلقاء لما وضع فرجة هوائية أو اسفنجية في المهبل طول هذه المدة . وقد يلجئ الطبيب لان يأمرها بالاستلقاء طول مدة الحمل فاذا كانت مجبورة على القيام تستعمل علاقة صلبة بجيدة الصناعة

(في الميسل الخلقى للرحم) - الميسل الخلقى للرحم المعتلى ليس نادرا للحصول عند

اللاقي من انحناء كسيري في العجز ينسب عنه اتساع التجويف الحوضي وضيق المضيق العلوي وكثرة بروز الزاوية العجزية الفقرية . وهذا الميل تارة يحصل تدريجياً وتارة يحصل دفعة واحدة . ففي الحالة الاولى يقف قاع الرحم تحت الزاوية العجزية الفقرية في آخر الشهر الثالث من الحمل عوضاً عن أن يخرج من المضيق العلوي ليصل الى البطن فينتج من ذلك احساس للآراء بشقل في تجويف الحوض وعسري التبرز والتبول . فاذا استمر الرحم في هذا الوضع على التماسه في الحال أن العوارض تأخذ شيئاً فشيئاً تقلاً آخر فحصل آلام شديدة كما يحصل في كل اختناق وأعراض التهاب شديد واحتباس كامل في المواد النخيلية والبولية وفيه وضيق في التنفس لا يطاق ثم يكون الاجهاض محتماً . وأما في الحالة الثانية فالرحم الذي تجاوز المضيق العلوي نحو ابتداء الشهر الرابع يصعد الى البطن السفلي ينقلب فجأة الى الخلف عقب سقطة على المقعدة أو من حصول مجهود عنيف لرفع شيء ثقيل أو من رجعة عنيفة ناشئة عن سعال أو عطاس أو قيء أو نحوها فنقاع الرحم يصير أسفل الزاوية العجزية الفقرية ويبقى فيها مدة وكا من ذلك يحصل ظهور العوارض المذكورة انما تكون هنا ذات سير سريع كما يحصل في كل اختناق حاد . فاذا لم يحصل اجهاض ولم يمكن رد الرحم لموضعه ينتهي الالتهاب بالغنغرينا فينجم عنها هلاك المريضة وإذا كان اندثار الميسل الخلق للرحم في حالة الحمل كثير الخطر دائماً فلعلاجته فاعل أو لا تجربة رد الرحم ولاجل ذلك يتبدأ بتفريغ المثانة بواسطة القسطرة وتفريغ المستقيم بفعل حقنة شرجية ذات أنبوبة شرجية مرنة طويلة طرفها السائب يمكنه أن يمر الى أعلى النقطة المنضغطة للامعاء الغلاظ ثم بعد ذلك توضع المريضة على حافة سريرها كافي حالة بحثها بالمتظار ويجذب عنق الرحم الى أسفل جهة تفكير العجز بواسطة الاصبعين الداخلين في المهبل من اليد اليسرى وفي آن واحد يدخل الطبيب اصبعين من اليد اليمنى أو القضيبة الدافع للعلم (افرات) ويدفع قاع الرحم جهة مركز المضيق العلوي . والمعلم (جوتفرو) اقتدى بالمعلم (هوتتر) وبالمعلم (بوابيه) في خصوص تخليص قاع الرحم من ثقل الاحشاء البطنية ليسهل رد العضو عقب ذلك فأمر بوضع المرأة على بطنها بالعرض على سرير ضيق تكاد جميعها تلامس الارض قبل الوصول الى عمل الرد الذي هو في الجملة عين ما ذكر آنفاً ونجح في عدة أحوال صعبة من هذا القبيل والاقتداء به مفيد في هذه الحالة ومع ذلك نوصي قبل وضع المرأة وضعا متعبا كهذا تجربة وضعها على قوائم الاربع أى على ركبتيها

ومر فقها . وعلى كل فالاجهاض لابد منه بسبب هذه الافعال لكن لا يكون خطره  
كخطر الاختناق الاتهابي للرحم ولذا يلزم احداثه بمجرد علم استحالة رد الرحم ويكون احداث  
الاجهاض ببطيئة باليلة بازلة من خلال الجزء السفلي للرحم من الخلف قريبا من قاعدة  
العنق وبعد البل يتنظر فذف المضغة وبعد الرد اذا أمكن فعلة تحفظ المرأة على فراشها في  
راحة تامة الى انتهاء الشهر الرابع مع تجنبها فاعل كل مجهود يمكن أن يحدث الميل ثانيا فلذا  
يلاحظ عدم اصابتها بالزكام خوفا من السعال أو العطاس وكذا لا تفعل مجهودات عند  
التبرز والتبول ومتى كان الحمل في آخر الشهر الخامس ولم يمكن رده اكتسب الرحم  
عجما يمنع اعتداله ورجوعه الى حالته الطبيعية وعلى ذلك تصير الاحتراسات كلها غير مفيدة  
وكذلك اذا وجد انتفاخ في الرحم الممتلئ واستمر الى نهاية الشهر الثالث فن الواضح أنه  
يحدث العوارض التي أحدها الميل الخلفي انما يتأخر عنه حصول الاختناق بقليل فان  
العضو بسبب انشائه يحتاج لوضع يتمكن فيه على حسب طوله . وأما رده فيكون عسرا  
لان الرحم يكون قليل الميل الطبيعي لا تصاب

وفي التزيف الرحمي مدة الحمل - التزيف الرحمي الذي يحصل عند الحامل يكون في  
العادة ظاهريا . وقد يكون باطنيا . فالظاهرى هو الاكثر حصولا . وأسبابه إما  
مهيئة أو متممة . فالمهيئة هي أحوال مرضية للرحم وتأثيرها يحصل بالاخضر في الثلاثة  
الشهر الأول اذ في هذا الوقت لم يزل الرحم متعودا على الاحتقان الطمثي والغشاء الساقط  
يكون عبارة عن كتلة مطرية قليلة التعضون كثيرة الوعية ولذا كثيرا ما يحصل التزيف ثم  
الاجهاض في أوقات الطمث . ومن الاسباب المهيئة للتزيف أيضا انتفاخ المشيمة على عنق  
الرحم لكن هذا التزيف لا يحصل الا في الثلاثة اشهر الاخيرة من مدة الحمل . والاسباب  
المتمة هي الانفصال الفجائي لمفصل العلق عقب سقطة أو هزة عنيفة أو ضربة على  
البطن أو شغل شاق أو ارتجاج شديد أو رجة عقلية عظيمة أو الغيظ أو الحجام العام الكثير  
الحرارة أو البرودة أو حجام الاقدام المفعول بدون احتراس أو عقب حصول خطوة كاذبة  
ومن الاسباب المتممة للتزيف أيضا في الاشهر الاول لبس المنطقة الصدرية البطنية  
الكثيرة الانضمام والافراط في الوطء فالمنطقة تعوق الدورة فيحصل احتقان رحمي ثم تزيف  
والوطء يزحزح الرحم مباشرة فيفصل كبس مفصل العلق فيحصل التزيف . أما  
السبب المتمم للتزيف الذي يحصل من الانتفاخ المعيب للمشيمة فهو عند عنق الرحم في المدة  
الاخيرة للعمل

(في التزيف الباطني) - التزيف الباطني الذي يحصل مدة الحمل يكون داخل نسيج المشيمة أو بينها وبين الرحم . ففي الحالة الاولى تكون المشيمة مرصعة بيورات سكتية مختلفة الاطوار . فبعضها يكون محتوي على دم سائل حديث الخروج وبعضها على جلط متجمدة منسوجة العهد والبعض الآخر على مادة ليفية صلبة قديمة العهد . وقد توجد بيورات متسعة مكونة من عدة طبقات من الدم . والعلم (دوا) شاهد مشيمة ذات تجويف محتوي على قطعة من الدم في حجم بيضة البجاجة الرومية . وهذا التزيف كان كافيا في موت الجنين الذي خرج خاليا من الدم . وفي الحالة الثانية التي يكون التزيف فيها بين المشيمة والرحم قد يكون هذا التزيف مينا فان المعلم (ليفوس) شاهد موت امرأة خفاة عند انتهاء مدة الحمل فلما ندب للبحث عن سبب موتها وجدوا اثر المشيمة ملتصقة بالرحم وما عداها منفصلا ومكونا لتجويف متسع ممتلئ بالدم \* والازرقه الرجعية الطاهرة أقل خطرا من الباطنية ما عدا التزيف الطاهري الحاصل من الاندغام المريب المشيمة فانه متى كان غزيرا أضر بالمرأة وبمحصن العلق لانه ينجم عنه الموت في أغلب الاحوال وتعالج الازرقه الطاهرة بوضع المرأة على ظهرها مرتفعة المقعدة براحة تامة مع وضع المكدمات الباردة على البطن السفلي وأعضاء التناسل الطاهرة وعمل حقنة شرجية مكونة من (٢٠) الى (٣٠) نقطة من اللوداوم في (٥٠) جراما من الماء البارد وحقنة تحت الجلد بالمورفين مع اعطاء الليمونات المعدنية أو عمل زروقات مهبليّة حارة ماؤها نحو (٤٥) درجة . واذا خيف على حياة المرأة استعمل السد المهبلي وان كنا نرفض استعماله الا اننا نشرح فعله للاستفاده ليس الا

(في السد المهبلي) - يحضر لاجل فعل السد المهبلي أولا من (١٠) الى (١٥) كرة من القطن العقيم البوريكي ومثلها من الصوفان الطري المعقم أيضا بحيث تكون كل كرة منها في حجم الابهام تربط من وسطها بخيط طويل عقيم أطرافه تبقى خارج الفرج لجذبها عند اخراجها . وثانيا كرات أخرى من القطن أو الشاش العقيمين البوريكيين تربط أيضا بدون أن يترك الخيط أطراف . وثالثا كتلة غليظة من القطن أو الشاش العقيمين البوريكيين . ورابعا جس أو ست رفائد مستطيلة عقيمة . وخامسا رباط ثاني عقيم . ومتى أحضر ذلك جميعه وضع المرأة على طرف سريرها عرضا وتستفرغ



مئاتها وتظهر أعضاء تناسلها ثم يؤخذ منظارا سطوا في معقم مسدودا بغازا زينا بوريكي أو سليمانى ويدخل في المهبل ثم يخرج منه سدنة ثم يوجه في باطن المنظار نافورة حقنة محتوية على ماء مطهر بارد لإخراج الجلط الدموي من المهبل حتى يصير عنق الرحم نظيفا جادا حينئذ تضبط كوة من المكرات الأولى بجفت طويل معقم وتغمس في محلول مركب من فوق كلوروراليد ثم تعصر نوعا من دهن الغازلين البوريكي أو السليمانى وتوضع في عنق الرحم ان أمكن أو في فتحة التحكيم لانها تكون مفتوحة قليلا في مثل هذه الحالة ثم تحاط هذه الكوة بأربع كرات أو خمس أخرى مغموسة أيضا في محلول فوق كلوروراليد بحيث يعلو قاع المهبل ثم يدخل أربع كرات أو خمس جافة ثم أربع أو خمس قطع من الصوفان ثم أربع أو خمس كرات جافة وهكذا على التوالي حتى تمتلئ ثلاثة أرباع المهبل وبعد ذلك تستعمل كرات مغموسة في الزيت الأكاليتوس أو مسدونة بالغازلين البوريكي أو السليمانى بدون خيط لاتمام امتلاء المهبل وعند الوصول الى الفرج يثبت الجميع بالكتلة الغليظة والرباط التاتى فاذا وضع الجهاز بهذه الكيفية منع الدم منعا كليا ولذا يمكن الطبيب الانصراف عن المراتع الاطمئنان وعلى العموم لا ينبغي رفعه الا بعد عشر ساعات أو اثنتى عشرة من وقت الوضع مالم يطرأ طارئ كالاحتياج الشديد للتبول حينئذ يرفع ثم يوضع ثانيا بعد ثلث ساعات أو ربع الساعة و يرفع أيضا متى حصلت الآلام القاذقة الشديدة فالسدن المذكور حينئذ له منفعتان احدهما إيقاف النزيف والثانية سرعة انقذاف متحصل العلقو لكن اذا كان النزيف غزيرا ويخشى منه على حياة الام وكانت فتحة عنق الرحم ممتدة تعدد اكافيا لادخال يد الطبيب فيلزم ادخالها في الرحم واخراج الجنين بالتحويل القسوى أو بجفت الولادة لكن المفضل هو عمل التحويل لانه يستدعى زمنا قليلا وعاقبته جيدة متى كان الطبيب ماهرا متمرنا

وفي أمراض الحامل غير الناجمة عن الحمل - تنقسم الامراض غير الناجمة عن الحمل الى أمراض تستدعى أعمالا جراحية وإلى أمراض عومية . فالامراض التى تستدعى لشفاؤها أعمالا جراحية يلزم تأخيرها الى ما بعد الولادة اذا أمكن لان عملها يفتح بابا للدخول الميكروبيات العفنة المولدة للامراض في بنية الحامل فتضر بها ويحصل العلقو أيضا . وقد ينشأ عن هذه الاعمال تنبيه وانقباض للرحم فيحصل الاجهاض . واذا كانت أعضاء التناسل هي مجاس هذه الاعمال الجراحية تنجم عن عملها نزيف غزير بسبب عوق الدورة الحوضية ففى كان الورم لا يراحم نمو متحصل العلقو ولا يمنع خروجه زمن الولادة من

الطريق الاعتيادي فالأفضل تأخير الاعمال الجراحية الى ما بعد الولادة أما اذا كان من اجمل النمو أو عاقل الخروج وجهه من الولادة ويمكن عمله فلا ينبغي تأخير العمل قليلا اذا كان ذلك كيسا ميسيا فيلزم بطة أو فتح البطن ثم استئصاله \* والامراض العمومية اما تعفنية أو تسممية . والتعفنية اما حادة أو مزمنة . فالحادة تؤثر على الجنين بارتفاع حرارتها وبجراثيمها العفنة . فتقى وصلت الحرارة الى (٤٠) درجة مات الجنين أو صار معرضا للوثة ثم يعقب ذلك الاجهاض . ومن هذه الامراض الحسبة وهي نادرة المشاهدة زمن الحمل فاذا حصلت نجح عنها موت الجنين ثم الاجهاض كما تقدم . ومنها القرمزية وهي نادرة أيضا وقد تظهر في الايام التالية للولادة حتى ان بعض العلماء ظن دخول جرثومها في بنية الام قبل الولادة ولكن امتد دور تغريخها الى ما بعدها وعلى كل فتى دخل ميكروبها في بنية المرأة مدة الحمل نتج عنه الاجهاض ثم الطفح في الايام التالية . ومنها جراحة الوجه فاذا حصلت مدة الحمل نتج عنها الاجهاض وان حصلت بعد الولادة نتج عنها التعفن النفاسي . ومنها الجدرى فان كان قليلا فلا يؤثر على متحصل العلق وان كان مختلطاً نتج عنه الاجهاض . وقد يستمر الحمل على سيره بدون أن يصاب بشئ من الجدرى فيعتبر كأنه مفلح له وقد يصاب به ثم يولد موشحاً بالطفح . ومنها الحمى التيفوسية والتيفودية وبهما يحصل الاجهاض غالباً اذا كان انذارهما خطراً على المرأة والمتحصل . ووجود الحمل لا يتوق المعالجة اللازمة لهذين المرضين . ومنها الروماتزم المفصلي العموي الحاد الذي به يصاب الجنين كذلك واذا كانت الاصابة في الايام الاخيرة للعمل ظهر المرض في الطفل عقب ولادته ببعض ايام تبعاً لزمان التفريخ كما شاهدت ذلك . والامراض المزمنة منها المalarيا ونوبها المتقطعة نادرة المشاهدة مدة الحمل أما عقب الولادة فتشاهد كثيراً ووجوده لا يزيد الحيلة النفاسية خطراً اذا تحقق ان النوب ناجمة عن المalarيا لان التعفن النفاسي أما اذا ظهرت النوب مدة الحمل فان انذارها غير جيد على متحصل العلق لانه يحصل الاجهاض كما هي القاعدة فاذا لم يحصل وخرج الجنين بالولادة الطبيعية حياً كان ضعيف البنية لكن لم تظهر عنده النوب وتعالج الحمى المalarيا اذا ظهرت نوبها مدة الحمل بدون التفات لم تحصل العلق وذلك باعطاء المرأة سلفات الكينين اما اذا ظهرت بعد الوضع فيعطى الطفل لرضعة ترضعه مدة العلاج لان الكينين تخرج اللبن فتضربه . وبعضهم لم يجز اعطاء الطفل للرضعة وقال انه يؤمن الضرر اذا كانت كمية الكينين قليلة بحيث لا تزيد عن (١٠) أو (١٥) سنيجرام وكان

فعاطيهن من الاكل وفرغ الشدى بعد ثلاث ساعات من التعاطي قبل ان ترضع الطفل منه . ومن الامراض المزمنة الزهري فتارة يكون المصاب به الرجل وتارة المرأة وتارة همامعا فلذا كان المصاب الرجل فقط تم حصل العلوق قبل الشفاء منه أصيب متحصل العلوق به غالبا بواسطة الحيوانات المنوية وبدون أن يعدى المتحصل أمه . فاذا حصل الشفاء للرجل منه قبل العلوق لا يصاب به المتحصل . واذا كانت المصابة الام فقط وكانت الامصابة قبل العلوق أو في اثناء الستة الشهور الاول أصيب المتحصل حتما حيث ان البويضة المكونة له زهرية . اما اذا لم تصب الا في انتهاء الحمل فقد لا يصاب المتحصل . واذا كان الرجل والمرأة مصابين فلا شك في اصابة المتحصل لكون كل من الحيوانات المنوية والبويضة مصابا وانذار هذه المرض خطر عليه لانه ينجم عنه الاجهاض في الشهر السابع تقريبا ثم ان ظهور هذا المرض في المتحصل تارة يكون مدقة الحياة الرجعية وتارة زمن الولادة وتارة بعده بضع أسابيع . وعلامة كون الجنين مصابا به ان تكون الرأس غليظة في أغلب الاحوال ضيقة القطر الجسد اري المزروج والجهة بارزة والوجه غليظا أحيانا وكثيرا ما يوجد استسقاء دماغي وطفح بسور يبرز في راحة اليدين وأخص القدمين وفقاغات بنقيصوسية في الوجه المقدم للساقين ويكون الكبد متغيرا خلويا والرتنان اسكلوروزيتين والعظام لينة مستفحة هشة . وقد تولد الاطفال في حالة ينظن معها الصحة لكنها تموت بعد زمن يختلف من ثلاثة أشهر الى ستة وكثيرا ما تكون المشيمة اسكلوروزية وبها التصاقات غير عادية في واجبات الطبيب اذا أصيب الرجل بالزهري قبل زواجه يلزم الطبيب أن ينصحه بعدم الاقدام عليه حتى يشفى ثم يتزوج بعد مضي أربع أو خمس سنوات من شفاؤه بالمعالجة الجيدة التي يلزم استمرارها نحو ثلاث سنين . واذا حصل هذا المرض بعد الزواج يمنع من الوطء حتما سواء بزوجه أو بغيرها الى أن يشفى كما تقدم . واذا أصيبت المرأة قبل الزواج أو بعده فكذلك يلزم معاملة متابع مثل ما عومل به الرجل . فاذا أصيبت مددة الحمل لزمت معالجتها . واذا أصيبت مددة الولادة يلزم الطبيب أن يحترس على الطفل وعلى نفسه من العدوى فاذا انجأ منها الطفل بسلامة . ومن الامراض المزمنة البول السكري وهو خطر على المرأة وعلى متحصل العلوق كما أن حصول الحمل يزيد خطر البول السكري . وقد يظهر هذا البول مددة الحمل ثم يزول عقبه . وأما الامراض التسممية فمنها التسمم الرصاصي وهو خطر على متحصل العلوق وان كان خفيفا ومنها التسمم الكوئلي وهو

الكوى وهو خطر على المتحصل فانه ينجم عنه الاجهاض . ومنها البرقان فاذا كان خفيفا وناجعا عن احتقان كبدى بسبب الحمل لا يكون خطرا على المرأة لكن قد يكون خطرا على متحصل العلق . أما الحى الصفراء المسماة بالبرقان الخطر فهي خطيرة عليهما . ومنها المغص الكبدى وهو غير خطر عليهما ما اذا عولج بالمسكنات وبمياه فيشى . وقد تصاب الحامل بالتهاب شعبي قد ينجم عن نوب سعاله الاجهاض فتلزم معالجتها بدون التفات الى متحصل العلق . وقد يحصل التهاب رئوى للحامل وهو خطر على متحصل العلق فتلزم المعالجة بدون التفات الى المتحصل أيضا . وقد يحصل التهاب الحواشي وهو غير خطر على المتحصل فتلزم المعالجة بدون التفات اليه . وهذه الامراض تضعف المرأة فلذا تلزم مساعدتها من الولادة بالصناعة . ومنها الدرن الرئوى وهو يؤثر تأثيرا مضر على المتحصل فتارة يمتنع ويحصل الاجهاض وتارة يستمر على سيره ثم يولد ولكن يكون ضعيف البنية ثم يظهر عنه هذا المرض فى الغلافات المحيطة بمن الطفولية الاولى وفى رثبة زمن الشبوية . وقد يؤثر الحمل على هذا المرض فيسرعه سيره عند المرأة . وقد تموت المصابة بهذا المرض مدة حملها اما عقب اضمحلال صحتها أو عقب أزفة رئوية صاعقة . وقد تموت عقب الخلاص فاذا عاشت بعده كانت صحتها غير جيدة . وكلما حدث حمل للمصابة بهذا المرض قربها الى انتهاء الحياة . يجب على الطبيب أن يمنع المرأة المصابة بهذا المرض من الزواج لانه مضر بها وينسلها . فاذا تزوجت لزمت منها من العلق لانه مضر بها وبمتحصله فاذا حصل العلق لا يلتفت اليه وتعالج بما يوافق حالتها واذا ولدت يرضع الطفل من مرضعة سليمة . ومن الامراض الموضعية امراض القلب فكثيرا ما يكون الحمل سببا لحصول التهابات قلبية باطنية ولما وجدت قبل الحمل تغيرات فى الصمامات القلبية خصوصا ضيق الصمام الاذنى البطينى اليسارى تزايدت هذه التغيرات بسبب الحمل ونجم عنها الاجهاض غالباً فاذا لم يحصل ثم حصلت الولادة كان الطفل ضعيف البنية . وكما أنه ينجم عن هذه التغيرات الاجهاض قد ينجم عنها موت المرأة غالباً . وينبغى للطبيب أن يمنع المصابة بالامراض القلبية من الزواج فاذا أصيبت بها بعده لزمت منها من العلق فلو حصل ثم ولدت لزمت منها من الارضاع حيث قال المعلم (بتر) لازواج المصابة بهذه الامراض ولاجل اذا تزوجت ولا ارضاع اذا ولدت . ثم ان هذه المصابة يلزم منها مدة الحمل من تعاطى الشاى والقهوة ويجب أن تعطى اللبن

وبزومور البونلة - يوم وبودوره - فإذا قرب انتهائها الحبل وكثت سائله أخطر من أن تفعل لها  
الولادة المجهلة الصناعية

(في الأمراض المتعلقة بمحصل العروق) - تنقسم هذه الأمراض الى ثلاثة أقسام  
أمراض الغلافات وأمراض المشيمة وأمراض المحصل

(في أمراض الغلافات) - من الغلافات الأمنيوس وأكثر أمراضه الاستسقاء وهو  
عبارة عن وجود كمية من المائزائدة عن (١٠٠٠) جرام في باطن الأمنيوس وهذا المرض  
نادر لا يحصل مرّة في كل مائة حمل . وأسبابه كل ما يعوق دورة محصل العروق أو دورة المرأة  
في الأسباب التي تعوق دورة المحصل أصابته بالزهرى لا يحدث تغييرا في كبده وفي  
المشيمة أيضا . ومنها عيوب تكون أعضاء المحصل . ومنها وجود توائم ذوى  
دورتين مختلفتين لبعضهما في الاتجاه لآتهم ما يعوقان سير بعضهما . ومن الأسباب التي  
تعوق دورة المرأة أصابته بالأمراض العضوية القلبية والكلى وغيرهما ولا سيما أصابته  
بالزهرى سواء كان مكتسبا أو وراثيا . وعلى العموم لا يشاهد الاستسقاء الأمنيوسى قبل  
الشهر الرابع أو الخامس وعادة يكون حصوله تدريجيا وحينئذ لا يكون خطرا على المرأة  
غالبًا إلا أنه يحدث عسرا في التنفس وأحيانا يحرّض الانقباضات الرحمية التي ربما نتج عنها  
الاجهاض فإذا لم يحصل واستمر الحمل ربما نتج عن ذلك مجي معيب وقت الولادة ونجود في  
الرحم . أما إذا حصل الاستسقاء فجاء فيكون خطرا على المرأة لأنه ينجم عنه عسرا في  
التنفس مميتا للأم إن لم يندرك الطبيب علاجه في الحال . ويعرف الاستسقاء  
الأمنيوسى بكبر حجم البطن كبر أعظيما مبكرا وعسر التنفس المبكر أيضا وادراك الطبيب  
موجة السائل المنتفلة بالقرع إذا وضع إحدى يديه على جهة من البطن ثم قرع باليد الأخرى  
الجهة المقابلة لها . وقد لا يمكن سماع ألغاط قلب الجنين بسبب كثرة تحركه وكثرة كمية  
السائل الفاصل له عن جدر بطن المرأة الموضوع عليها السماع . وإذا فعل الطبيب الجس  
المهمل أدرك أن الرحم أكثر ارتقاعا بالنسبة لزن الحمل . وقد تمتد فتحة عنق الرحم قبل  
أن تغلدها الطبيعى فيبرز جيب المياه أو يصير عرضة للتمزق ويجزّج السائل قديما معه  
الحبل السرى . وقد يمتس الاستسقاء الأمنيوسى بالحمل التوأمي واحتباس البول  
المصحوب بميل الرحم الى الخاف والحبل المضعف بوجود كيس مبيضى أو ورم ليفي رحمي  
أما الحمل التوأمي فيعرف بقلّة كمية السائل الأمنيوسى وبسماع نقطتين قلبيتين

ووجود

ووجود طرفين صليين مستديرين هما الرأسان . وأما احتباس البول فيعرف بأدخال  
 القساطير في المثانة . والحمل المضاعف بكيس في المبيض يعرف بانفصال الكيس  
 عن الرحم والمضاعف بورم ليقي يعرف بوجود ورم صلب بجوار الرحم . واختلف  
 الأطباء فيما يلزم لأصابة بالاستسقاء الامنيوسي . فمنهم من يوصي المرأة بانباغ حمية  
 قاسية مع استعمال الحمامات الباردة ومددات البول والمعرفات مدة الحمل ولكن كل هذا  
 غير مانع من تزايد كمية السائل واحداثها لانقباضات الرحم والابحاض . ومنهم  
 وهو المعول عليه الآن من يوصي ببط كيس الجنين ويكون ذلك اما من قطعة عنق الرحم  
 أو من الجزء السفلي لجسم الرحم . ففي الحالة الاولى يفعل البط بالمجس ذي السهم الحاد  
 الطرف للعلم (ميسر) . وفي الحالة الثانية يفعل بالآلة البازلة ثمرة (٢) أو (٣) من  
 جهاز الماهم (بوتين) أو العلم (ديولفوا) ويكون استفرغ السائل بواسطة الجهاز نفسه . فإذا  
 اريد استعمال المجس ذي السهم الحاد الطرف ببط الكيس الامنيوسي أعلى عنق الرحم  
 ما أمكن اذ بذلك لا يخرج الا الجزء الزائد من الماء الامنيوسي ثم بعد البط تحفظ المرأة  
 الوضع الافقي الظهرى مع الراحة التامة ولازمة الحمية ويترك الجنين ونفسه وكذلك اذا بط  
 الكيس من جسم الرحم يلزم أيضاً ان يكون ذلك في جزئه المقدم أعلى العنق وبعد استخراج  
 الجزء الزائد توضع المرأة بحفظ الوضع الظهرى كما سبق . وأما اذا كان الحمل قريب الانتهاء  
 فتفعل الولادة المجهلة انما يجتهد المولدف من منع خروج السائل بسرعة . وذلك بوضع اليد  
 على فتحة جيب المياه والضغط عليها خفيفا ويفعل ذلك أيضاً في حالة ما اذا حصلت الولادة  
 المجهلة الذاتية . ومن الغلافات الغشاء السلائى وأكثر أمراضه استسقاء خله فيختم  
 عنه تكون أورام صغيرة في نسيجه شبيهة بالاكياس الديدانية وحينئذ ينفذ الرحم بعد  
 بضعة أشهر من الحمل كتلة غليظة من أغشية سمكية سطحها الطاهر مرصع بعدد عظيم من  
 حويصلات شفافة يختلف حجم كل واحدة منها من حجم رزّة تونة الى حجم بيضة دجاجة صغيرة  
 وتكون موضوعه بجوار بعضها متصلة بعنققات خيطية كحبوب العنب في عنقوده وقد  
 يوجد في سطح هذا النسيج بعض اجزاء سمكية من الغشاء الساقط ملتصقة به . وفي العادة  
 أن متحصل العلوق يموت ويذوب ويختص حتى لا يبقى له أثر اذا كان ابتداء التفسير من الشهر  
 الاول وقد لا يذوب فيوجد ميتا داخل الكيس أو يبقى حيا الى انتهاء المدة ولكن هذا نادر  
 جدا ويقال ان العلم الشهير (بيكلار) ولد بحالة مماثلة لهذه . ثم ان استسقاء خمل السلى

يعرف بازدياد حجم الرحم واسترخاء نسيجه بحيث ينبغي بالاصبع اذا ضغط به ولا تدرك هذه الراحة اذا اضطجبت هذا الاستلقاء بالاستلقاء الامنيوسى ويعرف ايضا بنزيف رحمى متكرر وانقذاف كتل حويصالية بعضها يخرج في غالب الاحوال مع دم النزفة وقد لا يخرج من هذه الحويصلات شئ فيصعب التشخيص . وفي يوم ثمانية عقب النزيف انقباضات رجمية تقذف كتلة كبيرة من نسيج وأعشية سطحها الظاهري مكون من الحويصلات المذكورة وهذا الانقذاف هو اجهاضها لانه لا يوجد أثر لمحصل العلق والاعبل السرى . وقد لا يخرج الكتلة بتمامها في زمن واحد بل يبقى في الرحم جزء منها ثم يخرج بعد مضي بعض أيام وهذا ما شاهدته أخيرا في الشهر الثالث للحمل عند سابعة يبلغ عمرها نحو (١٥) سنة وكان الجزء الذى خرج أول يوم أكبر من مشية عمرها تسعة أشهر بدون أثر لمحصل العلق وفي ثالث يوم خرجت قطعة أخرى لينة . ثم ان الاستلقاء الجلى السلائى خطر على تمحصل العلق لانه يموت وينص في أغلب الاحوال وعلى المرأة أيضا لأنه يعرفها بالنزفة التى ربما انجم عنها الموت الصاعق . ويلزم الطبيب أن يأمر المصابة بهذا المرض بالاستلقاء على الظهر والراحة التامة ويعمل لها الحنف تحت الجلد بالمورفين أو حقنة سرجسية صغيرة محتوية على اللودانوم لوقوف النزيف أو السدد المهبلى والاحسن عمل الزروقات المهبلية الساخنة حتى يخرج شئ من الكتلة ويبقى منها بعض اجزاء ملتصقة متعفنة يفعل الكحت الرجمى . ومن الغلافات الجنينية الغشاء الساقط . وأكثر امراضه الالتهاب الحاد والمزمن . فالجدا يظن امدة الاصابات بالامراض العفنة . والمزمن يكون سابقا على الحمل وكلاهما يحدث الاجهاض

(في السيلان المائى) - قد يسيل مدة الحمل من الرحم ما يختلف كميته وفي الغالب يكون سيلانه في الاشهر الاخيرة وقد شاهدت في مدينة المنصورة سابعة في الشهر الثالث من حملها عند هاسيلان مائى محبوب بالأم وكان يعالجها بعض اطباء بالجويدار فلما ندبت للاستشارة مع اطباء الذين كانوا يعالجونها بهذا الدواء منعته من تعاطيه وأعطيتها قاذى الامن اللودانوم فزال الالم واستمر الحمل الى تمام مدته حتى ولدته انثى . وفي العادة يحصل هذا السيلان بدون أن يصطبج بانقباضات رجمية اذا كان قلبه لاقتشعر المرأة فجاء أنهم ابتلت بدون ألم لا قبل السيلان ولا بعده . أما اذا كان هذا السيلان غزيرا فقد ينجم عنه انقباضات رجمية خفيفة . وهذا السائل لونه مائل للصفرة يقع الملائس يقع تصبغ صلبة اذا جفت راحتها

منوية وهو ينضج من الغشاء الساقط ويتجمع بيظه بين هذا الغشاء والسلي وحينئذ يصل  
الاعشمية عن بعضها ثم يخرج من الجهة التي تجمع فيها وبعض الأطباء ينسب لنضج بسيط  
يحصل على السطح الباطني للغشاء الساقط وفي الغالب يكون ناتجا عن التهاب خفيف مزمن  
لهذا الغشاء وفي هذه الحالة يكون متحصل العلقوك وكيسه سليمين وقد يكون الكيس متمزقا  
خفيفا فيخرج السائل ويمر بين الكيس والغشاء الساقط ويتميز اذن اذا بحث بالميكروسكوب  
بوجود مادة دهنية وشعر رفيع آتين من جلد الجنين ويكون سيلانه مستمر تقريبا ويتزايد  
بوقوف المرأة والسعال وفعل كل مجهود فقد تصل كميتها من (٢٠٠) الى (٣٠٠) جرام في  
كل دفعة أما في حالة الراحة فتكون قليلة كشندية . وفي حالة آتياها من التهاب الغشاء الساقط  
يكون خروجها على دفعات منفصلة عن بعضها بفترات ية فيها السيلان وفي أثناءها يتجمع  
فانيا ثم يخرج وهكذا كلما تجمع جزء عظيم منه وإذا تضي جملة أيام بين كل دفعة فإذا كان  
السائل المذكور أ نباحقيقة من السائل الامنيوسي بسبب غرق في غشائه وكان الحل في  
الشهر الرابع أو الخامس أو السادس لا ترجى حياة متحصل العلقوك بل في الغالب يموت ثم يتعفن  
وأما اذا حصل التمزق بدسمة أشهر ونصف فيجب وضع المرأة على ظهرها مع الراحة التامة  
واعطائها نحو عشرين نقطة من اللودانوم أو يعمل لها حقنة تحت الجلد بمحلول كلورايدرات  
المورفين ويلزم المرأة أن تبقى على هذا الوضع الى أن تعفى جملة أيام بعد وقوف نزول المياه  
المذكورة ومع ما تقدم يلزم فعل التعقيم الفرجي والمهبلي جملة مرات في اليوم بالحقن المعقمة  
وعقب ذلك توضع كرة من الغاز اليودوفورمي أو القطن المعقم في فوهة المهبل لادخاله  
ثم ان هذا السيلان يتميز عن غرق جيب الميساء الناجمة عن الطلق بعدم تعدد دفعة

عنق الرحم

في أمراض المشيمة - قد يمزق بعض أوعية المشيمة فينجم عن ذلك انسكاب دم فيها  
وهذا ما يشاهد في المصابة بالأمراض العفنة والمصابة بالأمراض الكلوية والقلبية أما  
مجلس النزف فقد يكون في الجزء المتوسط من المشيمة فتفصل حينئذ من وسطها وتبقى متصلة  
بدورة المرأة بحافتها فقط فينجم عن ذلك الموت الفجائي للمرأة ولتحصل العلقوك وقد تصاب  
المشيمة بسبب الزهري الوراثي من الرجل أو المرأة بالالتهاب المزمن الاسكليروز (أي الخلووى)  
فتضمحل أوعيتها وينجم عن ذلك فقد وطيفتها فيموت متحصل العلقوك وقد يوجد في سطحها  
أكياس غروية ودموية وتكونان حجريّة وأورام حقيقية وقد يحصل تجل็ดموى في



الوريد السرى وقد ينغقد الحبل السرى أو يلف وبذلك يعاق أو يمنع سير الدم فيه فيموت متحصل العلقو حينئذ

(في أمراض متحصل العلقو) - قد يقع مدة الحبل على متحصل العلقو تأثير جسم بارد فيكسره منه عظما أو أكثر وقد تدخل في الرحم آلات يقصدها قبله فتكسره أو تجرحه وقد تتكون في باطن الامنيوس عقب التهاب أو تغيرات فيه ألجنة فتصطب بأحد أطرافه أو جزء منها كالاصبع وبضغطة ما عليه تبتره . وقد يحصل استسقاء الحصى المتحصل ناجم عن تغير كلوى أو كبدى زهرين . وحينئذ تكون المشيمة أو زيماءية أيضا وقد تصاب عظام ومفاصل المتحصل بتغيرات مرضية كالراشيتسم الخلقى والكسور الذاتية والخلوع الذاتية الخلقية والانبكوزات الخلقية وربما تولد أورام قرب عنقه أو عجزه تنجم عن عيوب في تركيبه فينشأ عنها سر الولادة كما سيأتى ذلك في بابها

(في موت متحصل العلقو) - قد يموت متحصل العلقو داخل الرحم ويمكث فيه مدة بعد الموت . وأسباب موته كثيرة منها إصابة المرأة بالزهرى والبول السكرى والزلالى أو التسمم الزحلى أو بفراطها في التدخين أو شرب المشروبات الروحية أو إصابتها بأحد الأمراض العفنة الحادة كالجدري والحصبة والقرمزية والحصى النفودية والتيفوسية وغيرها أو إصابتها بالأمراض القلبية وقد يكون الموت ناجما عن مرض المشيمة أو الحبل السرى أو غلافات الجنين \* ومن الأسباب المميتة للجنين أيضا الضرب أو الراج أو التزف الرجى المشبى أو الانقباضات الرجسية التيناوسية . وعلى كل فتى مات المتحصل فتارة لا ينقب كبسه فلا ينغفن وتارة ينقب ولا ينغفن وأخرى ينقب وينغفن . فإذا مات متحصل العلقو بدون أن تنقب أغشيته فاما أن يكون في الشهرين الأولين أو في الشهر الثالث الى الخامس أو من الخامس الى التاسع . ففي حالة ما إذا مات في الشهرين الأولين ثم مكث في الرحم بعد الموت مدة قد تدوب عناصره بدون أن يبقى له أثر واذا ن لا يوجد داخل الكيس الاسائل مصفر عكر فحين كالشراب فتقول العامة (البيضة رائقة) أعنى أنها فسدت . أما اذا لم يذب وخرج عقب الموت فيوجد بأوصافه الخاصة بعمره . وفي حالة ما إذا مات من الشهر الثالث الى الخامس ومكث في الرحم مدة بعد الموت فلا يذوب لكنه يصير كالمنط في وسط الاسائل الامنيوسى الذى قد يتعص شيئا فشيئا حتى يزول واذن يصير سطح المتحصل مغطى بفضلات السائل الامنيوسى . فاذا كان الحبل أو أميا فقد يموت أحدهما ويعيش الآخر حتى تنهى

تنتهي المدة فيوالحياءوالأغرميتيا كالحظ كذا ذكرنا . وإذامات بعد الشهر الخامس الى التاسع ومكث في الرحم مدة انتفع جسمه . بعد مضي بضعة أيام فبعد يومين من موته يصير لون جلده وجهه ورديا سمرا عند البيض وبشرة الجلد لا تنفصل ولو بالذلك الشديد والقرنية تبقى شفافة كالعادة فيشاهد من خلالها القرنية بلونها الطبيعي بدون وجود مصل مختل في التسيج الخاوي تحت الجلد الا في الطرف الجنيني للعين السرى وفي الصفن عند الجنين الذكر وبعد مضي خمسة أيام يصير منظر لون القرنية ورديا ناجعا عن تلون سائل باطن العين باللون المذكور ويختل السائل المصلي التسيج الخاوي تحت فروة الرأس وتزايد أوزعا الصفن عند الذكر وبعد مضي ثمانية أيام يصير لون الجلد في الوجه وحول السرة أردوازيا وما بقي من جلد الجننة يصير ورديا سمرا ويسهل انفصال البشرة من سطح الجلد ما عدا الوجه وفروة الرأس فان بشرة جلد هاتين بالتصاقها وتصير الامعاء مرتجة والرتان بنفسجيتي اللون وبعد مضي اثني عشر يوما تكون جنة الجنين مرتجة بحيث لو وضعت على طاولة لم يمتد كانهما قاش مبالول ويسهل انفصال بشرة جلد الوجه أيضا ما عدا فروة الرأس وتتركب عظام الجمجمة فوق بعضها بسهولة ويصير الكبد بنفسجيتي اللون والعدسة معتمة ووردية وبعد مضي خمسة عشر يوما تصير الصلبة وردية اللون وجميع التغيرات السابقة متقدمة في التعفن . وبعد مضي أربعين الى ستين يوما تكون الادمة عارية عن بشرتها في عوم الجلد حتى بشرة فروة الرأس ويوجد في نقط مختلفة من الجننة بقع غروية وردية اللون ناجمة من تحلل عناصرها بالمادة المصلية الوردية اللون وهذه المادة تلون السائل الامنيوسي لان تحلل السائل المصلي تحت البشرة ينجم عنه نفاطات تنفجر فيمزج سائلها الوردى بالسائل الامنيوسي فيلون به هذا اللون فيكون علامة لموت الجنين وانتقاعه . ويعرف موت المخمل العلوق من بعد الشهر الخامس الى التاسع بعدم تحركه وعدم سماع ضربات قلبه وباسترخاء جدر البطن وعدم ازدياد حجمها وبرخاوة عنق الرحم وغلظ الجزء السفلي من الرحم فاذا كان الحجي بالرأس في المضيق العلوي أدرك المولود بالضغط عليها باصبعه خشخشة ناجمة عن تراكب عظام الجمجمة على بعضها . أما معرفة موته في الاشهر الاول فهي صعبة ومع ذلك اذا زالت اضطرابات الجهاز الهضمي قبل الزمن المعلوم والهال كان ذلك دليلا على موته . وعلى العموم فموت الجنين ليس خطرا على المرأة لان اجهاضه بعد موته يتم عادة بدون عوارض خطيرة عليها ولو مكث بعد الموت في الرحم الى تسعة أشهر فأكثر مادام لم

يحصل انثقاب وتعفن في الكيس . وأما اذا مات مخصل العلق وانثقب كيسه فقد لا تعفن جثته اذا كان الانثقاب حديث العهد أو فعل التعقيم في الحال لكن غالباً يعقب الانثقاب التعفن للامسة الهوائية . وحينئذ يصير جميع أنسجته متخللة بغاز التعفن فينتفخ ويصير جلده ذا لون مخضر غامق وبشرته سهلة الانفصال ورائحته كريهة . فاذا كان مخصل العلق في انتهاى مدة الحمل تعسر انقذاً فله لزبادة حجمه الناجم عن انتفاخه وبالتعفن تنفصل اعضاؤه بسهولة عند حصول أقل جذب يقع عليها وهذه الحالة خطيرة على المرأة . ومتى ثبت موت مخصل العلق ولم ينثقب كيسه وجب على الطبيب انتظار الاجهاض الذاتى بدون فعل شئ للمرأة . وكذلك اذا انثقب الكيس ولم يحصل تعفن للمخصل ينتظر الاجهاض الذاتى أيضاً الا أنه يقل للراً أن زوقات مهبلية معقمة مرتين في اليوم . وبعد كل مرة يضع جراً من غاز اليود فورم في القوذة الفرجية المهبلية تسند بوضع طابعة سميكة من القطن المعقم ويحفظ ذلك برباط معقم أيضاً . أما اذا انثقب الكيس وتعفن المخصل فيلزم تحريض الانقباضات الرحمية القاذفة مع عمل الزوقات المعقمة المهبلية والرحمية بجملة مرات في اليوم

(في الاجهاض) - الاجهاض هو انقذاف مخصل العلق الذى لا يمكنه الحياة خارج الرحم بسبب عدم تمام تكون أعضائه والمشاهدات الاكلينيكية والتزقيد والتلقيح الصناعى تثبت عدم امكان المعيشة خارج الرحم قبل انتهاء الشهر السابع فكل انقذاف يحصل قبل انتهاء هذا الزمن يسمى اجهاضاً فلو حصل بعد ذلك سمي ولادة مبجلة . ثم ان الاجهاض نارة يكون ذاتياً ونارة يكون صناعياً إما بواسطة الطبيب بقصد علاجي وإما بغيره بقصد جنائى . فالاجهاض الذاتى كثير المشاهدة لانه يوجد اجهاض واحد من ستة ولادات وتأخير الحيض يعتبر جلاً رجوعه بعد التأخير اجهاضاً . وهو إما تام أو غير تام فالتام ما خرج خلاصه بعده وهو غير خطير ولا يستدعى العلاج بسيطاً وغير التام ما انحبس بعده الخلاص كله أو بعضه وهو خطير غالباً فيستدعى العناية الطبية . واذا حصل الاجهاض من يوم العلق الى عشرين منه سمي المقذوف علقه . وبعد يوم عشرين الى انتهاء الشهر الثانى سمي مضغه ومن الشهر الثالث الى انتهاء السادس سمي سقطاً وفي هذا يتم الاجهاض في زمنين الاول ينقذف فيه الخلق والثاني ينقذف فيه المشيمة . والمعول عليه هو انقسام الاجهاض الى ثلاثة أنواع . الاول ما يحصل في الشهرين الاولين من مدة الحمل . والثانى ما يحصل من الثالث

الى منتهى الرابع . والثالث من الخامس الى منتهى السادس . اما اسباب الاجهاض  
فقد سبق شرحها في امراض الحامل وفي موت متحصل العلق  
(في علامات الاجهاض) - يسبق الاجهاض الناجم عن الامراض العمومية  
بقشعريرة في الجسم وارتفاع في حرارته وفقد في الشهية وغطاشة وملل وخفقان  
وبهانة في اللون وهبوط في القوى وذبول في العيينين وثقل في أعضاء التناسل والشرج  
والام قطنية وعانية وكلوية وزحير مثاني واسترخاء نسج الشدى وخروج مادة مصلية  
من حلتها بالضغط عليها ثم يمد مضى أيام الى أشهر ينقذ متحصل العلق ثم يليه خروج  
متعلقاته اذا كان متقدماً السن . والاجهاض غير الناجم عن الامراض العمومية  
يحصل بدون ان يسبق بطواهر تدل على قربها وفيه اذا سئلت المرأة عن سوابقها اجابت انها  
أجهضت في نفس هذا الزمن من الحمل السابق وكثيرا ما يكون هذا الزمن هو مدة حمى  
الحیضة . واذا كان الاجهاض ناجما عن سبب متم كسقطه على المقعدة مثلاً فالت المرأة  
وهي مبتلة بالدم الذي قد يكون محتويا على متحصل العلق اذا كان حديث العهد بحيث  
يختفي في الجلط الدموي . أما اذا تجاوز عمره الشهر الثاني فانه مذاقه يسبق بنزيف يستمر مدة  
من الزمن واذا تجاوز عمره أكثر من ثلاثة شهور وأقل من خمسة يسبق الاجهاض بعلامات  
استرخاء الشدى وخروج مادة مصلية من حلتها بالضغط عليها واسترخاء البطن وعدم ازدياد  
حجمها ولين عنق الرحم وسيلان الدم منه واتساع فمته بحيث يمكن ادخال الاصبع  
وادخاله أغشية متحصل العلق ذابلة . اذا كان عمر متحصل العلق أكثر من خمسة أشهر  
صحب العلامات السابقة زوال سرركات الجنين وزوال ضربات قلبه . وأما علامات الاجهاض  
نفسه فتختلف باختلاف سن متحصل العلق فتكون في الاجهاض العلقى نزيفاً راجياً غزيراً  
تظن المرأة أنه الحيض ويكون نزوله مصحوباً بالام رجية وقطنية وبخروج جلط دموي فيها  
يختفي متحصل العلق لكونه عبارة عن كيس صغير غشائي حجمه كحجم البيضة لصفيرة فاذا  
وضعت جميع الجلط في الماء وبحت جيداً عرف الكيس بمخمله الذي يتنوع بحركة السائل  
وبتم الاجهاض العلقى في زمنين . ففي الزمن الاول يفصل الكيس من الرحم وينقذ  
الى الخارج ويحصل النزيف الاولى . وفي الزمن الثاني ينقذ الغشاء الساقط ويصعبه  
النزيف الثانوى ولا يوجد في نوع هذا الاجهاض خلاص حقيق بل الغشاء الساقط هو  
المكون له وتارة يخرج الكيس العلقى مغلفاً بهذا الغشاء ثم ان شكل كيس المتحصل يكون

بيضا وبياض في معظم سطحه وفي باقيه توجد كتلة شجائية ذات أزوار ونخل هي جزئ من المشيمة . وبسبب تخال الخل وأجزاء الغشاء المذكور بدم الزيف يتغير منظر الكيس فتعسر معرفته ولذا يلزم وضع الجلط الدموية وما يخرج من الرحم في الماء لفصل الدم المتجمد ومتى انفصل عرف الغشاء الامنيوسي بملاسته والغشاء السلاقي بخمله فاذا لم تندب المرأة الطبيب للبحث عن العلقه فلان منها ان هذا حيض وليس اجهاضا تنجم عن هذا الاله مال التمايلات رجية باطنية تصير متعاصية على العلاج فيما بعد ولذا كان انذار هذا النوع غير حيد على صحتها ان لم يهتم بها عقب حصوله ومما يجتنب في الحال . وعلامات الاجهاض الماضي هي ان يسبق كذلك بزيف بين الغشاء الساقط والكيس فيتجمد دم هذا الزيف بينهم ماشيا فشيا حتى يفصلهما عن بعضها ثم يعقب هذا الانفصال انقباضات رجية تنفذ المضغة ولذا كان حصول الاجهاض في هذا النوع طويل المدة ومؤلما فلذا كان عمر متحصل العلق شهرين فقد يخرج مع كبد كتلة واحدة كافية في الاجهاض العلقى ولكن في الغالب يكون خروجه كخروج متحصل العلق الذي عمره ثلاثة اشهر لان المضغة صارت عظيمة الحجم بحيث لا يمكن خروجها مع غلافها كتلة واحدة انما قد تخرج المضغة بدون أن تشعر المرأة به لان خروجها بالاحتجاج لان تكون فتحة عنق الرحم كثيرة الاتساع بل يكفي فيه اتساع مقداره (٢) الى (٥) سنتيمترات واجهاض هذا النوع يتم في زمنين الاول يخرج فيه المضغة والثاني يخرج فيه الخلاص . وقد يوجد زمن ثالث تنفذ فيه بعض أجزاءه غير من أغشية الخلاص بقيت ملتصقة بعد خروج الاجزاء السابقة . وفي كثير من الاحوال لا تنفذ الخلاص الا بعد ثمانية أيام أو أكثر بل وأسابيع وأشهر من خروج الخلق ويسمى ذلك احتباس المشيمة لانها أكبر حجما من الجنين في هذا الزمن وقد لا يخرج الخلاص الا بعد مدته ثمانية جزأيا . والعادة اخر اجبه باليد بعد مضي أربع ساعات من خروج الخلاص . وعلامات الاجهاض الجنيني هي أن يسبق بالام طلق مع اسرعا وانحما عنق الرحم وقد دفعته وبرز جيب المياه ثم تمزقه وبعد خروج الجنين يخرج الخلاص وهو أكبر حجما من أيضا ولذا كان خروجه صعبا لان تمدد فتحة عنق الرحم قليل وغير كاف لخروج الخلاص من جهة ومن أخرى فان فتحة عنقه تنغلق بعد خروج الجنين في الغالب وان المشيمة في هذا النوع تكون ملتصقة التصاقا تاما بالغشاء الرحمي والالياف الرجية قليلة النمو والتأثير لا تنفصل المشيمة في الحال . وقد يخرج الخلاص المتحس جزأيا مع السائل

السائل النفاسى بدون أن تشهه المرأة ولعدم ادراكها ذلك يقال ان الخلاص استحالة  
وامتنع . وعادة ينشأ عن احتباس الخلاص نزيف مستمر طويل المدة قد يكون مجتمعا  
فان لم يمت كان خطرا على المرأة . وأيضا فان الخلاص يتعفن بسرعة فينتج عنه تسهم  
المرأة وموتها ان لم يتداركه الطبيب ولذا كان هذا الاجهاض سببا لموت كثير من النساء  
اللاتى يملن محنتهن . واذا مات الجنين ومكث بعد موته زمنا طويلا فى الرحم حتى  
صار جسمه منتفعا عظم حجمه فاذا خرج الخلق من نفسه تبعه خروج الخلاص بسهولة لانه  
أقل حجما من الجنين حينئذ \* فى تشخيص الاجهاض متى ندب الطبيب الى امرأة لم يعهد  
جلها ووجد نزيفا غزيرا سائلا من رحمها ينبغي له ان يعرف ان كانت حاملا او حاملا لهما  
الاجهاض أولا فيبحث عن العلامات التخمينية والمؤكدة للعمل اذ ربما كانت عادتها فى  
الحيض غير منتظمة او منتظمة ولكنها تأخرت فيكون الدم النازل دم حيض لادم اجهاض  
وقد يصحب دم الحيض آلام عند ما تكون فتحة عنق الرحم ضيقة بل وبدون ضيق فيها  
ويعرف هذا الطمث المؤلم بكون الالم سابغا عليه وينقطع متى سال الدم وبالعكس فى  
الاجهاض لان الآلام فيه لا تنقطع الا بعد انقضاء متصل العلق وأيضا فتحة عنق  
الرحم فى الطمث تكون طبيعية غير مفتوحة وعنق الرحم لا يحصل فيه استرخاء ولا انجلاء  
وبالعكس فى الاجهاض ومتى تأكد الطبيب الحمل وابتداء الاجهاض سئل هل الاجهاض  
محم أو يمكنه إيقافه الجواب يكون محتما فى ثلاثة أحوال . الاولى اذا كان النزيف غزيرا  
واستمر مدة تختلف من (١٥) الى عشرين يوما بدون انقطاع لان الجنين يموت عقب ذلك غالبا  
وثانيا اذا غرقت أغشية متصل العلق وثالثا اذا مات الجنين . ويكون غير محتم  
اذا كان النزيف غير غزير ولا مستمر ولم يفرق جيب المياء ولم يمت الجنين لان فى هذه  
الاحوال قد يقف النزيف والانقباضات الرجبة فآخذ الحمل سيره الطبيعى . وعلى  
كل يلزم الطبيب أن يبذل ما فى وسعه لمنع الاجهاض وان كان محتما الا اذا تأكد موت  
متصل العلق ونعقنه حينئذ يجب عليه استعمال الطرق المساعدة على اخراجه . فاذا  
علم الطبيب أن السبب المهي للاجهاض هو الزهرى الوراوى وجب عليه أن يعالج المرأة بما  
يناسب حالها ووجه كذا تعالج المرأة بدفع كل سبب مهي للاجهاض ووضعها فى الشروط  
الصحيحة الجيدة مع استلقائها على ظهرها مدة الاشهر الأولى وعلى الأقل الى أن تمضى

المدة التي تجبض فيها عادة إذا كان سبق لها الاجهاض وتلزم مداركة الامساك وتجنب لبس المنطقة البطنية الصدرية وتجنب الزوط وعدم ارتفاع رأسها مدة استلقائها على الظهر وكذلك يلزم تدارك الانقباضات الرجسية بعمل حقنة صغيرة سرجية مكونة من ملعقة الى ملعقتين من ماء فازل محتوي على عشرين نقطة من اللودانوم ويكون ذلك مرتين أو ثلاثا في



شكل (٤٨)

اليوم أو حقنة مورفينية تحت الجلد لكن إذا كانت أغشية متحصل العلقو تمزقت فلا فائدة لفعل ذلك لأن الاجهاض محتم انما يلزم الانتظار واستلقاء المرأة على ظهرها مع الراحة التامة وعمل غسولات معقمة مهبليية بوضع عقبها في المهبل كرتين من القطن المعقم أو من غاز البودوفورم وإذا كان الاجهاض مصطحبا بنزيف لزم أن تكون حرارة ماء الزروقات المعقمة (٤٥) درجة والحذر من تعاطي الجويدار . وإذا كان الاجهاض المتهم هو الماضي فيلزم الاهتمام في اخراج المشيمة عقب خروج المضغة فإذا لم تخرج مع المضغة ينتظر نحو نصف ساعة يكبس في أنثائها الرحم من جذر بطن المرأة وهذا إذا أحضر الطبيب في الحال . وأما إذا لم يحضر إلا بعد الاجهاض بعدة من الزمن فيلزمه أن يجري ما تقدم وأن يجري أيضا فعل الزروقات المعقمة الساخنة الرجسية بواسطة المحس الرجسي ذى الطيار المزودج للعلم (استواس) شكل (٤٨) نعم إذا تأخرت المشيمة عن الخروج عقب خروج المضغة أو الجنين بضع ساعات الى يوم فلا ينجم عن ذلك ضرر للمرأة الا اذا مكثت نحو خمسة أو الستة أيام لانها تتعفن فاذا نلزم الاسراع في اخراجها باليد عقب خروج متحصل العلقو بضع ساعات فاذا وجد الطبيب بالمحس المهبلي جراً عظيماً منها متعشرا في المهبل يكفي جذبها من هذا الجزء بعد ضبطه بأصبعين أو ثلاثة . وأما اذا كانت بارزة فقط بر وزا خفيفا في فوهة عنق الرحم فلا تكفي الاصابع لاجراجها ولومع



شكل (٤٩)

لاخراجها حينئذ بالجفت شكل (٤٩) أو

تثبت قاع الرحم وانخفضه باليد الاخرى فيلزم



بطلقة المعلم (ياجو) شكل (٥٠)  
وعلى كل فتي ضبطت المشيمة سواء  
كان بالأصابع أو بغيرها ينبغي أن  
يكون جذبه بايطة مع ليها بلطف على

نفسها مع الاحتراز من تفرق جزءها البارز لأنه

شكل (٥٠)

إذا اضطر لترك القذف إلى الطبيعة خذ من هذا الجزء لتمدد فوهة عنق الرحم وتبينه جسمه  
• وأما إذا تمزقت المشيمة وخرج بعضها وبقى جزء عظيم الجسامة أو قليلا ملتصقا بقاع الرحم  
فلا ينبغي فعل مجهودات لإخراجه لأن الأفعال المتكررة التي يقصدها ضبطه وإخراجه  
ينشأ عنها خطر للرأء فالأولى ترك القذف إلى الطبيعة مع الاشتغال بعد اركة القسم التعقني  
وذلك بفعل الزروقات المهبيلة والرجمة المعقمة كما ذكر فيتمدد بزروقات من الماء المغلي  
العقيم يتلوها زروقات معقمة من محلول السليماني الطريبي ولا يلجأ لفعل ذلك إلا إذا كانت  
فتحة عنق الرحم غير ممتدة تمدا كافيا لإدخال اليد وإخراج ما يوجد من الخلاص أو لإدخال  
الملقعة لعمل الكحت الرحي وفي حالة عمل الزروقات داخل الرحم يلزم إدخال الجرس الرحي  
في تجويف الرحم ما أمكن وفعل الزروقات داخله بغاية الهدوء والتأنى وقد يعاق الجرس في  
سيره بالمشيمة التي يلزم أن يجر بحيطها • ولأجل سهولة العمل يلزم أن تكون المرأة موضوعة  
بعرض السرير ثم يوضع منظار في المهبل ويثبت الرحم بواسطة جفت تضبط به الشفة السفلى  
لعنقه فإذا شاهد الطبيب أن لاشئ آت بعاء الزروقات وإن فتحة عنق الرحم ضيقة وضع ساقا  
من جدار اللامينا بالتوسيعها ويكرر الغسل وهذا الوضع عقب كل غسل فإذا مضى يومان بعد  
هذا العمل ولم يخرج المشيمة ولم يظهر لخروجها أمارات ندل على قربها فيخرج الخلاص باليد  
أو بالكحت الرحي بكاحت كالمتى صارت فتحة عنق الرحم ممتدة تمدا كافيا لإدخال  
اليد والكاحت فإذا لم يجد الكاحت ولم تدخل اليد يستمر على فعل الزروقات داخل الرحم  
وكذلك إذا ظهر نزيف أو تعفن يلزم تفريغ الرحم بواسطة الكاحت كما ذكر نعم قد يكفي في  
ذلك استعمال الزروقات المعقمة التي حرارتها خمسة وأربعون درجة بدون فعل الكحت  
• وبالجملة يلزم الطبيب تجنب استعمال الجويدار والسد المهبلي للمرأة التي أجهضت بل  
يلزمه في الحال إخراج الخلاص بالصناعة إما باليد أو بالحقن أو بالملقعة أو بالكحت الذي  
يتلوه عمل الأيكوفيلوناج مع الزروقات المعقمة التي حرارتها خمسة وأربعون درجة كما



ذكر ولا يترك القدح بالطبيعة (وبعض العلماء لا يرى إخراج المشيمة المحبوسة بالصناعة مادام لم يحصل نزيف ولا مضاعفة عفنة بل يستحسن ترك خروجها الطبيعية) ومع ذلك نذكر الاحوال التي يلزم فيها الإخراج الصناعي . منها الاجهاض الجنائى لانه لم يستعمل فيه مضادات التعفن لاقبل الاجهاض ولا بعده . ومنها وجود المشيمة التوأمية داخل الرحم لان عظم حجمها عندها من الخروج الذاتي فتتعفن . ومنها تجاوز مدة الاحتباس اليوم الثالث أو الرابع من الولادة . ومنها انخسار المشيمة انخسار جزئيا في عنق الرحم وتأخر انقذافها الى الخارج بالطبيعة . والاستخراج باليد أفضل متى كان كل المشيمة أو معظمها داخل الرحم وبالكحت اذا لم يبقى داخله الاجزاء منها أو كان الغشاء الرحي متعفنا ويلزم أثناء عمله مراقبة اليد . ومعلوم أن الكحت أسهل علام من الفصل باليد لعمد ادخالها حينئذ فانه يحتاج الى عدد عظيم في فتحة عنق الرحم لادخالها ويلزم تنويم المرأة قبل العمل أما الكحت فلا يحتاج الى عدد عظيم وأيضاً يمكن عمله بدون تنويم . ولكون آتته معدنية وتعقم بالغلي عليها قبل العمل لا توصل مبكر وبعدوى للمرأة (ولا ينتج عنه ثقب رحها الا اذا كان العامل به غير متمر أو صارت جدر الرحم رقيقة مسترخية بسبب الالتهاب التعفنى الرحي) وأما اليد فقد توصل العدوى الى الرحم ان لم يكن تعقمها جيدا . وأيضاً فان بعض أجزاء المشيمة الموجود قد لا يمكن فصله بالأصابع فيلجئ المولدة لصله بالانطافر وهو مضر فالأفضل حينئذ الكحت لا اليد . وبالجملة يستعمل الكحت متى كان الموجود بعض أجزاء المشيمة كما ذكر أولاً وتميم نطافة الرحم عقب الإخراج باليد وقد يستعمل الايكوفيلوناج عقب الاستخراج باليد أو بالكحت وعلى العموم فأخراج الخلاص الصناعي باليد أو بالكحت يلزم قبل الشروع فيه تنويم المرأة بالكلوروفورم ثم تنظيف الفرج والمهبل بالسوائل العقيمة البسيطة ثم المعقمة ثم وضع متظار ذى فلقة عريضة قصيرة في الجهة الخلفية للمهبل ويسلم لمساعد ليضغط به عليها ثم يضبط الشفة السفلى لفتحة عنق الرحم بواسطة جفت ذى كلايين ثم يدخل في الرحم المحس الرحي لمعرفة طول تجويف عنقه وتجويف جسمه أيضاً . وإذا كان عنق الرحم صلباً غير متمدد أدخل فيه قبل العمل قلم من الالامينار أو ينترك فيه مدة أربع وعشرين ساعة . وقد يضطر لعمل التمدد القهري الوقتى بواسطة الممدد ذى الثلاث فلق أو بواسطة المحسسات المرنة للعلم (هيجار) وهذه تفضل عن الممدد لانه يحرق الرحم فيبتدأ بمحس غرة ١٦ الى أن يصل الى محس غرة ٢٦ فان غرة ١٦ يعطى تمدد ١٨ ومحس غرة ١٨ يعطى تمدد ٢ وغرة ٢٦ يعطى محس

مجسها تمزدا اتساعه ٢٨ ثم يكرر ذلك مدة الاستخراج كالموضع الذي عنق الرحم عاد واتقبض  
 وضغط على الاصبع أو آلة الكحت . ولأجل الاستخراج بالاصابع يضع الطبيب إحدى  
 يديه على قاع الرحم لخفضه ما أمكن ثم يدخل سبابته ووسطى اليد الأخرى في الرحم  
 ويفصل بهما المشيمة متى تم انفصالها وعلم عدم إمكان استخراج أجزائها بالاصبع يضع  
 الأصبعين في قعر الكيس الخلفي البريتوني للرحم ويضغط باليد الأخرى على الوجه المقدم  
 من جدار البطن وبذلك يحصل عصر في الرحم فتخرج أجزاء المشيمة حينئذ . ولأجل عمل  
 الكحت يلزم أن يكون الكاكت غليظا لأن الرفيع يعرض الرحم لانتقاب ويكون غير مستلم  
 لأن الاستعمال يصير غير محاد كما أنه يلزم وجود جلة أنواع من الكاكت وقبل العمل به يلزم  
 إدخال اليد لمعرفة موضع المشيمة حيث تعلم برضاوتها وارتفاعها عن أجزاء جدار الرحم المحيطة  
 لها ولذا يلزم دائما الضغط على المعرنة ذلك ولتحقق من نظافة أجزاء باطن الرحم بعد العمل  
 يدخل الاصبع للبحث أو يكتفى سماع قفز الكحت المعلن عن وصوله إلى نسج الرحم . وأما  
 لأجل استعمال الايكوفيلوناج ECoovillonnage فيلزم ألا تغمر في سائل كاوقيل وضعه  
 في الرحم كالسائل المكون من الجلابرين (٣) ومن الكريازوت (١) أو من صبغة البود  
 (١) وذلك لعمل التنظيف والتعقيم في آن واحد . ويلزم عمل حقن رحيمة ساخنة معقمة  
 من ابتداء إجراء عمل التمدد الرحي وخصوصا بعد الايكوفيلوناج بحيث تكون كمية السائل  
 المحقونة عظيمة والحرارة أكثر ارتفاعا لأجل اخراج الفضلات المشيمية والزائد من المادة  
 الكاوية وإيقاف التزيف الرحي . ثم إن المحسوس الرحي الذي يستعمل يكون ذا طيارين  
 ومنسج القطر ثم بعد الانتهاء من العمل يدخل في الرحم قنيل دقيق من غاز البود وفورم ثم  
 يفعل السد المهبل بالغاز البود وفورم أيضا . ثم إن هذا الغيار الأولي لا يرفع إلا في آخر اليوم  
 الثاني والثالث من وضعه ورفعه يصعب السد المهبل ثم الرحي ثم يغسل المهبل بزروقات  
 معقمة ثم يفعل بعد ذلك السد المهبل وحده بالغاز البود وفورم ولا يوضع في الرحم شيء ويجدد  
 الغيار هكذا مرتين أو ثلاثا إلى اليوم الخامس عشر فيرفع كلبة ولا يجدد بعد ذلك بل يقتصر  
 على عمل الزروقات المهبلية المعقمة يوميا ولا تترك المرأة السرير إلا بعد اليوم الخامس عشر  
 . والأجهاض الذي يحصل مدة الشهر الخامس والسادس يشبه الولادة لأنه يحصل فيه  
 ما يحصل فيها من آلام طلق واين وانغما في عنق الرحم واتساع في فتحة وخروج الجنين  
 بمضانيكية كجنينكيتهم إلا أن التزيف هيا يكون أكثر منه فيها وكذلك الاحتراسات هنا تكون

كالتى فى الولادة الطبيعية فيخرج المولود فيه باليد اذا تأخر خروجه بعد الجنين بساعة . وبالجملة فالجهاض هذا القسم يحتاج الى ما يحتاجه الولادة الطبيعية السهلة من الاعمال . ثم ان العلاج التالى لنوع هذا الاجهاض مهم ايضا فيلزم ابقاء المرأة فى الوضع الافقى الطهرى مدة تختلف من ثمانية ايام الى خمسة عشر بل وأكثر تبعاً لمدة الحمل ولظواهر التى تطرأ مع استعمال التعقيم يومياً لعضء التناسل ظاهراً وباطناً

### (المقالة الثالثة فى الولادة)

الولادة هى انقضاء من تحصل العلق بعد تمام مدة الحمل . وتنقسم الى قسمين ولادة سهلة طبيعية لا يحتاج فيها الى توسط الطبيب ولادة صعبة يحتاج فيها الى توسطه . (فى الولادة السهلة الطبيعية) - الجنين وقت ولادته يأتى فى الموضع العلوى على جهة أوجهه وهى الجبهة والقمة وبالوجه والمقعدة وبالكنتف اليمينى أو اليسارى وفى كل من هذه الميكنات تحصل أوضاع مختلفة وهى الميكنات والأوضاع الأصلية لكل مجىء

الميكنات الأوضاع الأصلية

المجىء بالقمة ..... } المؤخرى الحرقفى اليسارى  
المؤخرى الحرقفى اليمينى

المجىء بالوجه ..... } الذقنى الحرقفى اليمينى  
الذقنى الحرقفى اليسارى

المجىء بالمقعدة ..... } المعجزى الحرقفى اليسارى  
المعجزى الحرقفى اليمينى

المجىء بالجانب أو الكنتف اليمينى من الجذع } الدماغى الحرقفى اليسارى  
الدماغى الحرقفى اليمينى

المجىء بالجانب أو الكنتف اليسارى من الجذع } الدماغى الحرقفى اليسارى  
الدماغى الحرقفى اليمينى

ثم ان هذه الميكنات والأوضاع ليست مستوية فى الحصول فالمجىء بالقمة هو الاكثر حصولاً فى عشرين ولادة توجد تسعة عشر بالقمة . والمجىء بالمقعدة يوجد مرة واحدة فى (٣٥) والمجىء بالوجه أو الجذع نادر فانه يوجد واحد منهم فى (٢٠٠) . وفى المجىء بالقمة يوجد (١٤) من (٢٠) كان المؤخرى فيها الى اليسار والأمام (أى مؤخرى حرقفى

يسارى مقدم) ووجد (٥) في (٢٠) كان فيها المؤخرى الى اليمين والخلف (أى مؤخرى حرقى عيني خلقي) وواحدة فقط في عشرين تكون القمة في وضع مخالف للتقدمين . وفي الجحى بالوجه لا يشاهد الانوعان وهما اتجاه الذقن الى اليمين والخلف (أى ذقنى حرقى عيني خلقي) واتجاهها الى الأمام واليسار (أى ذقنى حرقى يسارى مقدم) ونسبة التغير الاول الى الثانى كنسبة خمسة عشر الى ثمانية وثلاثين . وفي الجحى بالمقعدة لا يوجد الانوعان أحدهما اتجاه العجز الى اليسار والامام (أى عجزى حرقى يسارى مقدم) والثانى اتجاه العجز الى اليمين والخلف (أى عجزى حرقى عيني خلقي) ونسبة النوع الاول الى الثانى كنسبة (٤٢) الى (١٢١) . ثم ان الجحى بالمقعدة يكون كاملا وغير كامل . فالكامل هو أن تظهر الألبتان لما قبل القدمين أو بعدهما والمعلم ديوا وجد في (٨٥) مجيئاً بالمقعدة (٥٤) خرجت فيها الألبتان أولاً وكانت أطراف الجنين السفلى مرتفعة على بطنه و (٣١) زالت فيها الاقدام

قبل الألبتين . والجحىء  
بالركبتين كما في شكل (٥١)  
نادر المشاهدة . وفي  
الجحىء بالجذع يكون  
اتجاه ظهور الجنين الى  
الامام أكثر من اتجاهه  
الى الخلف . وانذار هذه  
المجبيات المختلفة الاوضاع  
يختلف باختلاف الجحىء  
ونوعه فالجحىء بالقمة هو  
الجيد وان كابدت المرأة  
فيه آلاماً مستطيلة المدة

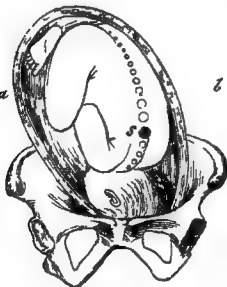


أكثر مما تسكب ذقن الجحىء بالمقعدة ان في هذه الحالة شكل (٥١)

الاخيرة يتوسط الموالد لاسراع الولادة فيكون الجحىء بالقمة أقل خطراً على الجنين لانه لا يموت واحداً من خمسين مولوداً بهذه الكيفية . والجحىء بالوجه يكون خطراً على الجنين والأأم

شكل (٥١) هذا الشكل يشير للجحىء بالركبتين

فالطلق يكون طويلا متعابحا حتى يلجأ لإخراج الجنين بالجفت لانه معرض للهلاك إما بسبب ضغط الحبل السرى وإما باضطراب دورة الرحم المشمية أو سكتة صحائية ولذا يموت جنين من أربعة يولدون بهذه الكيفية . والجمي باليتين إذا تركت بنفسه كان خطرا على الجنين والام كالتقدم فانه يحصل أولا عند بطي العنق ثم يتمزق جيب المياح في الغالب قبل أن يتم هذا التمدد فتضيق قوى الرحم فاذا لم تخرج الرأس بواسطة الجفت فنجم عن ذلك خطر عظيم على الجنين فيموت عتقا وبضيق الحبل السرى ففي عشرة من المواليد بهذه الكيفية يموت واحد وقال بعضهم واحدا من ثمانية . والجمي بالكف أكثر خطرا من الجمي بالوجه ويعد في أول رتبة من أسباب عسر الولادة والواقع أن الأفعال الطبيعية لا يمكنها أن تدفع الجنين في هذه الحالة إلا إذا كان الحوض واسعا جدا والجنين صغيرا جدا وإذا لم يكن في هذا الجمي فعل التحويل القدي وان لم يخل عن خطر لان الجنين يكون معرضا للأسفكسيا كما في الجمي بالانقدام والمرأة فضلا عن تألمها وتنبسه أعضائها تكون معرضة الى التهاب رجلي أو يرتوى فاذا فعل التحويل قبل أن يتمزق الأغشية أو عقب تمزقها بسرعة لا تموت امرأة من عشرين ولا جنين من ثمانية وأما إذا فعل بعد خروج جميع السائل الامنيوسي واضمحلال قوى المرأة فتموت امرأة من عشرين و جنين من ثلاثة وأما إذا لم يفعل التحويل وتركتم الولادة لفعل الطبيعة مات سبعة وعشرون جنينا من ثلاثين وامرأان من ثلاثة (نسب الجنين مع الجدر البطنية للام في كل من الأوضاع الرئيسة المتقدمة) - ففي الوضع المؤخرى الحرق في اليسار المقدم تكون رأس الجنين الى أسفل على الفوهة الرحمية



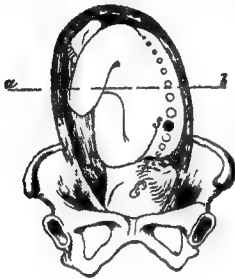
شكل (٥٢)

والمقعدة الى أعلى نحو قاع الرحم والظهر الى الامام واليسار والجنب الايمن الى اليمين والامام والايسر الى اليسار والخلف والحذبة الجدارية اليمنى (الايساروخ نفسه) تكون مقابلة لمركز المضيق العلوي بسبب انحناء الرحم الى الامام وبالنظر لاجزاء ظهر الجنين تسمع شدة ضربات قلبه أسفل سرعة الام وعلى اليسار قليلا من الخط المتوسط كما في شكل (٥٢) . وفي الوضع المؤخرى الحرق في اليمين الخلفي تكون

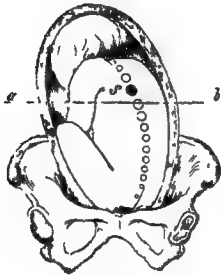
شكل (٥٢) هذا الشكل يشير لجلس ضربات قلب الجنين أسفل السرعة في نقطة اس وقسم السرعة مؤثره بخط (أ) و (ب)

الرأس

الرأس على فوهة الرحم والمقعدة نحو قاعه والظهر الى الخلف واليمين والجنب الايسر الى الامام وقليل الى اليمين والجنب الايمن الى اليسار والخلف . وهذا تكون الحدة الجدارية اليسرى هي المقابلة لمركز المضيق العلوى وأقاط قلب الجنين تكون كافي الشكل المتقدم أسفل من سرة الأم انما تجمع أكثر من الخلف . وفي الوضعين الرئيسين الوجه تكون نسب الجنين لجدار البطن واحدة كافي الوضعين الرئيسين لقمة لان المحي بالوجه هو عين المحي بالقمة الا أنه صار غير منظم بسط الرأس ولا فرق بينهما غير أن الوجه يأتي بدل القمة في الفوهة الرجسية . وفي الوضع الذقني الحرقفي اليميني الخلفي يكون الخلد الأيمن لا الانف مقابلاً لمركز المضيق العلوى . وفي الوضع الذقني الحرقفي اليساري المتقدم يكون الخلد



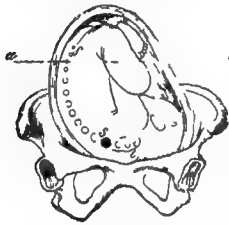
شكل (٥٣)



شكل (٥٤)

الايسر هو الذي يقابل الاصبع وقلب الجسد المهبطي في مركز المضيق نفسه وبالتسمع توجد ضربات القلب في النقط التي توجد فيها حالة المحي بالقمة يتطوّر شكل (٥٣) . وفي الوضع العجزي الحرقفي اليساري المتقدم تكون مقعدة الجنين الى أسفل على الفوهة الرجسية والرأس الى أعلى نحو قاع الرحم والظهر الى الامام واليسار والجنب الايسر الى الامام واليمين والايمن الى الخلف واليسار وبسبب انحراف الرحم الى الامام تكون دائماً الالية اليسرى (الاعصص) هي التي تقابل مركز المضيق العلوى وبارتفاع القسم القلبي للجنين يكون محمل أقاط قابله أعلى سرة الأم بقليل على الخط المتوسط نفسه كافي شكل (٥٤) . وفي الوضع العجزي الحرقفي اليميني الخلفي تكون المقعدة على الفوهة الرجسية والرأس نحو قاع الرحم والظهر الى اليمين والخلف والجنب الايمن الى الامام واليمين قليلاً وهذا توجد الالية اليميني تحت الاصبع في مركز المضيق العلوى . وأقاط قلبه تكون أعلى

سرة الام بقليل والى اليمين والخلف كما فى الشكل المذكور . وفى الجبثات بالجذع تكون رأس الجذنين فى احدى الحفرتين الحرقيتين وتكون مقعده الى أعلى فى قاع الرحم تقريبا كما فى حالة المجىء بالقمة لافى الحفرة الحرقية المقابلة للوجود فيها الرأس لأن الجذنين لا يكون موجودا بالعرض الا بالنصف العلوى من جسده بحيث انه يكون منثنيا حقيقة الى جنبه وانه اذا أريد فى التحويل توجيه البدن الى الازدحام باستقامة يلزم توجيهها الى قاع الرحم نفسه . وفى الوضع الدماغى الحرقى اليسارى للكتف اليمينى تكون الرأس فى الحفرة الحرقية اليسرى والمقعدة الى أعلى والظهر الى الامام والاسفل والاصبع يقابل منكب الكتف اليمينى فى مركز المضيق العلوى بعد استمرار الطلق زمنا وكال تعدد عنق الرحم وقبل ذلك لا يقابل شيئا . واذا بحث عن زيادة أغطاء القلب يلزم وضع صيوان المستقيمة الصدرية أعلى العانة بقليل وعلى الخط المتوسط بالضبط فاهما تكون هماقوية ومتقاربة



سطح الجلد كما فى شكل (٥٥) . وفى الوضع الدماغى الحرقى اليمينى للكتف اليمينى تكون الرأس فى الحفرة الحرقية اليمنى والمقعدة الى أعلى والظهر الى الخلف والا على قليلا ومنكب الكتف اليمينى يكون أيضا فى مركز المضيق العلوى وزيادة أغطاء القلب تسمع بين السرة والعانة على الخط المتوسط الا انها ضعيفة وبعيدة جدا عن سطح الجلد . وفى الوضع

الدماغى الحرقى اليسارى للكتف اليسارى تكون الرأس

فى الحفرة الحرقية اليسرى والمقعدة الى أعلى والظهر الى الخلف والا على قليلا ومنكب الكتف اليسارى (اذا فرضنا دائما ان الطلق متقدم وتعددت فتحة العنق كامل) يوجد تحت الاصبع فى مركز المضيق العلوى . وشدة ضربات القلب تدرك فيما بين العانة والسرة كما فى الحالة المتقدمة . وفى الوضع الدماغى الحرقى اليمينى للكتف اليسارى تكون الرأس فى الحفرة الحرقية اليمنى والمقعدة الى الأعلى والظهر الى الامام والأسفل قليلا ومنكب الكتف اليسارى يكون فى مركز المضيق العلوى . وتدرك شدة ضربات القلب بقوة أعلى العانة بقليل قربا من الخط المتوسط كما فى الشكل المتقدم

(فى تشخيص الجبثات والارضاع) . - وسائل التشخيص هى وسائل معرفة الحمل كالجس المهبل والبطنى والسمع . فالجس بالقمة هو الذى يمكن تشخيصه حقيقة قبل عدت فتحة

عنق الرحم اذ بالجنس المهبل يقابل الاصبع جسماً كبيراً الخ مستدير اصلها هو الجمجمة وكل من المقعدة والكف والوجه لا يعطى هذا الاحساس . والجنس البطني والسمع يشبان ما أثبتته الجنس المهبل اذ بالجنس البطني لا يوجد في محل آخر من البطن جسم يشبه رأس الجنين ما لم يكن الحمل توأمياً وبالتسمع توجد شدة ضربات لقلب أسفل سر المرأة كما في شكل (٥٢) المتقدم . وأوضاع الجنى بالقمة لا تعرف بالجنس المهبل الا بعد تعدد فتحة عنق الرحم وتغرق الاعشية فبالاصبع يصح عن اتجاه التدوير العظيم للجمجمة وعن جزء الحوض المقابل له اليافوخ المتقدم كي يمكن معرفة الوضع . وقد يتكون على الجمجمة حذبة دموية مصلية تخفى التدوير العظيم واليافوخ الاكبر قرب ما من الاصبع فاذا غرقت الاعشية وكان تعدد عنق الرحم بطيء والانقباضات الرجعية قوية فيعسر اذن معرفة الوضع لكنه يثبت الجنى بالقمة ومعلوم انه في مائة محي بها يكون عثمانون في وضع مؤخرى حرفي يساري مقدم والعشرون في وضع مؤخرى حرفي عيني خلفي . ولاتأتى معرفة الجنى بالوجه معرفة تامة الا اذا كانت فتحة العنق متسعة وجيب المياه متمزقاً ورخوا ان لم يكن متمزقاً وبدون ذلك لا يدرك بالاصبع الأشياء غير منتظمة . والجنس البطني لا يحقق وجود الجمجمة لاني قاع الرحم ولا في احدى الحفر الحرقفية . وبالتسمع تدرك ضربات القلب في النقطة التي توجد فيها في حالة الجنى بالقمة كما هو واضح في شكل (٥٣) المتقدم . فاذا كانت فتحة الرحم متسعة وجيب المياه متمزقاً ورخوا ان لم يكن متمزقاً فيدرك بالاصبع من جهة الى أخرى من الحوض أو الالجهة ثانياً أصل الانف ثالثاً الفم رابعاً الذقن . والانف هنا هو الجزء الرئيس للتشخيص في الجنى بالوجه ووضعه لانه لا يوجد بين الاجزاء الاخرى من الجسم جزء يشبهه وباتجاه فتحيته تعرف النقطة الموجودة فيها الذقن وعلى ذلك يعرف الوضع . وقد يعسر معرفة ذلك اذا كانت الفتحة الرجعية ممتدة من مدة طويلة وجيب المياه متمزقاً والرحم شديد الانقباض لان الوجه المقابل لقرع الحوض ينتفخ ويتكون حذبتان دمويتان مصليتان في الحدين الذين يتقاربان من بعضهما تاركين بينهما مائزاً باغاثراً يلتبس بالميزاب بين الاليتين لكن متى وصل الاصبع الى الانف زال التباس . ومتى كان الجنى بالمقعدة كاملاً فالجنس المهبل لا يفيد شيئاً اذا كان عنق الرحم غير ممتد فادن يكون المعول عليه هو الجنس البطني والسمع فالجنس البطني يحقق وجود جسم غليظ مستدير صلب في قاع الرحم هو رأس الجنين والسمع يكشف شدة ضربات القلب أعلى



سرة الام كافي شكل (٥٤) المتقدم وبالجس المهبط لا يدرك شيء ملب في الجزء السفلي من الرحم وقد يحس بالعقين اذا كانت الاقدام منخفضة عن الاليتين فاذا توافق ذلك مع الجس البطني والسمع كان التشخيص حقيقيا تقريبا وبصير مؤكدا اذا كان تعدد العنق تاما وجيب المباشرة تمرقا فان الاصبع يقابل في مركز الفتحة الرجبية وربما عظميا رخوا هو الالية المقدمة ويوجد خلفها يزاب منحرف يوجد فيه بالنوال العصص فالشرح فالاعضاء التناسلية الظاهرة . وطرف العصص هنا هو الضو الرئيس لتشخيص الجبي . والوضع ليكون قته . جهة للجهة اليسرى واليمنى من الحوض أعنى الوضع الاول والثاني من المقعدة . وأما اذا ظهر القدام في الفتحة الرجبية بدل الاليتين كان التشخيص سهلا لان اتجاه العقين يعرف نوع الوضع وكثيرا ما يعرف ذلك قبل غرق الاغشية . وأما الجبي . بالركبتين كافي شكل (٥١) المتقدم فيميز عن الجبي . بالمرفقين بعظم حجمهما خصوصا بوجود ردتقهما الصغيرة المتحركة وباتجاه حافة القصة يعرف الوضع . وأما الجبي . بأحد جنبي الجذع فلا يمكن وضوح تشخيصه بالكيفية الابدع تعدد العنق وغرق الاغشية اذ قبل ذلك لا يمكن معرفته . معرفة كافية لان عرض البطن وارتفاعه الكثير ووجود جزء مستدير ملب في احدى الحفرتين الحرقفتين وشدة ضربات القلب أسفل السرة بكثير كافي شكل (٥٥) المتقدم غير كافية لتحقيق التشخيص فاذا كانت فتحة الرحم تامة التمدد والاعشبية متمرقة قابل الاصبع إما الكنف نفسه أو المرفق أو الصدر أو لا يقابل شيئا فاذا قابل الكنف أدرك الطبيب وربما صغيرا مستديرا . ع بر وزعظمى في مركزه هو التواء الاخرى . واذا كان الجبي . بالمرفق أدرك الطبيب ثلاث حسدات عظمية صغيرة منضمة مع بعضها غير متحركة واذا كان الجبي . بالصدر يبرز بهولة وجود الاضلاع واذا لم يدرك شيئا بالجس المهبطي كان ذلك دليلا على الجبي . بالجذع لانه لو كان الجبي . بجزء آخر كالقمة أو الوجه أو المقعدة لأدركه الاصبع جيدا . ومتى عرف . منكب الكنف أو المرفق أو الصدر فلا أجل معرفة الوضع . بحث عن ثنية الابط واتجاهها في أى نقطة من الحوض ثم معرفة اتجاه عظم الكنف الى الامام أو الخلف ومن المعلوم أن عظم الكنف جزء من الظهر وان الرأس هي المقابلة للنقطة التي تكون ثنية الابط متجهة اليها وحينئذ متى عرف اتجاه الظهر والرأس عرف وضع الجنين . ثم اذا تدلت يد الجنين في المهبل أدنى الفرج زالت صعوبة التشخيص لان ظهوره هادئ لعل على الجبي . بالكنف فيمكن معرفة الوضع النظر ليد الساقطة ان كانت اليمنى أو اليسرى وأيا ما كان فظهره يابكون

جهة الفخذ اليسار أو اليمنى للام وخصرها متجهها الى الجبهة المقدم أو الخلفى للعرض .  
 متى كان ظهر اليد اليمنى متجه الفخذ الام اليسارى وخصرها متجهها الى القوس العائى  
 تشخص وضع أول الكتف اليمنى ( أى دماغى حرقى يسارى ) . ومتى كان ظهر اليد  
 اليمنى متجه الفخذ اليمنى للام وخصرها منحوا الجان تشخص وضع فان للكتف اليمنى  
 ( أى دماغى حرقى يمينى ) . ومتى كان ظهر اليد اليسرى متجهها نحو الفخذ اليسارى للام  
 وانخصرها متجهها الى الجان تشخص وضع أول للكتف اليسارى ( أى دماغى حرقى يسارى )  
 . ومتى كان ظهر اليد اليسرى متجهها نحو الفخذ اليمنى وانخصرها متجهها نحو المانة تشخص  
 وضع فان للكتف اليسارى ( أى دماغى حرقى يمينى ) وبالاختصار فنوع اليديين نوع  
 الكتف واتجاه ظهر اليديين نوع النقطة التى تكون الرأس نحوها واتجاه الاصبع  
 انخصر بين النقطة التى يكون ظهر الجنين متجهها نحوها فحرفة اليد التى تحبى تكفى  
 لتشخيص الجبى بالجدع بشرط أن لا تكون اليد المذكورة ملتوية تكن من المهم أن يفعل  
 مع هذا الجنس المهبلى لانه شوهدهمبى بالقامة أو بالوجه مع سقوط الذراع وان كان ذلك نادرا  
 ( فى ظواهر الولادة ) - تنقسم ظواهر الولادة الى قسمين ظواهر فسيولوجية وظواهر  
 ميكانيكية وقبل الشكلام على كل منهما نقول ان الرحم لا يتخلص من الجنين ومتعلقاته الا اذا  
 بلغ تسعة أشهر كما تقدم وقبل التخلص ببعض أيام ( نحو خمسة عشر يوما ) بظهور عادة بعض  
 أعراض خصوصا عند بكرات الولادة فى الجبى بالقامة وهذه الاعراض هى انخفاض الرحم  
 الى أسفل البطن وبذلك يصير التنفس والهضم سهلين بخلاف المشى فانه يكون متعبا لان  
 رأس الجنين تكون محسورة فى المضيق العلوى مماطة بجدار الرحم فتضغط وتهمج عنق المثانة  
 والمستقيم والاعصاب العجزية وبذلك يحصل تطلب متكرر للتبول وزحير مستقيمى وتعب  
 واعتقالات حقيقية فى الفخذين وسماتى الساقين . فاذا كان الجبى وبغير القمة لا توجد  
 هذه الاعراض لعدم وجود ضغط على هذه الاعضاء بالدرجة المتقدمة فينتج من ذلك أن  
 الاحتياج المتواتر للتبول والزحير المستقيمى والاعتقالات فى الاطراف السفلى لا تدل فقط  
 على قرب الولادة بل تدل أيضا على مجبى الجنين بالطريقة الجيدة ( أى بالقامة ) وخلاف  
 ذلك نادر جدا وهناك علامات أخرى تدل على قرب الولادة وهى تندبة المهبل تندبة غير  
 اعتيادية بمواد لزجة وانتفاخ الشفرين العظيمين واسترخاؤهما وحصول آلام خفيفة  
 تنتشر من القطن الى العانة أو انقباضات خفيفة بمجلسها الجزء الدائرى للرحم وهذه

الآلام التلقيفية والانقباضات التي تحصل عند البكرات قبل الولادة بيومين أو ثلاثة أيام بل من ثمانية إلى خمسة عشر يوما ليست ابتداء طلق انما هي دلالة على عدم تحمل الرحم لتحصّل العلوق وقرب قذفه لكن لا يتبدى الطلق الحقيقي الا اذا كان عنق الرحم المسترخى شيا فسيأمدد سير الحمل قد انجى وزال بالكلية

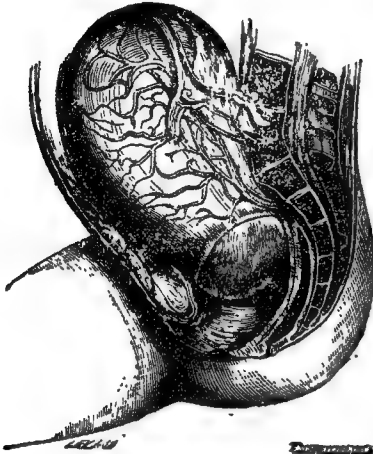
(في الظواهر الفسيولوجية) - الظواهر الفسيولوجية هي الانقباضات الرجبية والآلام (الطلق) والانقباضات العضلية البطنية والانقباضات المهبلية وانحسار عنق الرحم وتعدد فتحته وسيلان المواد المخاطية المزجة وتكون جيب المياه واتساع المهبل والفرج . فالانقباضات الرجبية من صفاتها أن تكون مؤلمة منقطعة غير ارادية . والآلام الرجبية هي العلامة المهمة لدى العامة فاذا كانت قوية قيل ان الطلق جيد واذا كانت ضعيفة قيل ان الطلق بطيء لكن ليست هذه الآلام هي الانقباضات الرجبية لان الانقباضات قد تكون قوية والآلام خفيفة أو معدومة وقد شاهد المعلم (تاريز) امرأة ولدت طفلا وهي نائمة بدون أن تشعر بظواهر خروج وجه ولم يقطعها من نومها الا صياحه بعد خروج وجه من أعضاء تناسلها وقد تكون الانقباضات خفيفة مع حصول آلام شديدة جدا وهذا يحصل غالباً عند العصبيات وعند من يوجد في أعضاء تناسلها ضيق مانع لمرور الجنين أو نحو ذلك لان المعلم (أوفار) شاهد امرأة ألقت بنفسها من طاقة مستشفى الولادة بمدينة باريس بسبب شدة هذه الآلام فماتت في الحال . ثم ان مدة الآلام ليست متساوية مع مدة الانقباض لان المواد اذا وضع يده على الرحم أدرك أنه ينقبض ويتصلب مدة مقدارها (١٢٠) ثانية وأن الآلام لا يحصل الا بعد مضي ٣٢ ثانية من الانقباض ثم يزول بعد مضي (٦٠) ثانية من حصوله ثم يستمر الانقباض من بعد زوال الآلام مدة (٢٨) ثانية . ويعرف سير المخاض من صفات الآلام الموجودة وهي أولاً تكون فارصة معلنة لقرب المخاض وتسمى بالفرنساوي (موش) أي ذباب لان الاحساس يشبه لدغ الذباب وثانياً تكون محضرة وينتهي في أنسائها عنق الرحم وتتمدد فتحته وثالثاً تكون فاذقة متى تم تمدد الفتحة ورابعاً تكون مكسرة عند مرور جزء الجنين الآتي من الفتحة الفرجية . فالآلام القارصة تشكر عقب كل عشرين دقيقة تقريباً وتستمر كل نوبة من نوبها نصف دقيقة وتكون قليلة الشدة ومتى حصلت وكانت المرأة ماشية وقفت وارتكزت على ما تجده بجوانبها كحائط أو كرسي مثلاً وظهر على وجهها علامة التأم ثم يزول عنها بسرعة وتأخذ سيرها ويعود وجهها الى هيئته الاعتيادية والآلام

. والآلام المحضرة تحصل عقب القارصة ولكنها أشد منها وتكرر عقب كل عشر دقائق تقريباً وتستمر كل نوبة من نوبها دقيقة يحصل في أثناءها تمدد فتحة عنق الرحم (تخصيراً لمرورج الجنين) . والآلام القاذفة تحصل عقب المحضرة وهي أكثر منها شدة انفي أثناءها يصدر من المرأة صراخ حاد ينقطع عندما تفعل مجهودات بعضلها البطني لأنه ينقبض هذا العضل في أثناءها ثم يعود الآلام والصراخ ثانياً وهكذا تتكرر عقب كل خمس دقائق تقريباً وتستمر كل نوبة من نوبها دقيقة ونصفاً . والآلام المكسرة تحصل عقب الآلام القاذفة ونوبها مؤلمة شديدة قصيرة المدة والفترة وتخرج في أثناءها الاجزاء الجنينية من الفرج . ثم ان التقطع عيلاً لآلام المخاض عن الآلام التي لاتعلق لها به . والانقباضات العضلية البطنية تحصل عندما يتم تمدد عنق الرحم وتكون بارادة المرأة في حصلت هذه الانقباضات قبل ان المرأة تدفع الجنين . وحينئذ يمكن المولد أن يتبع سير الاجزاء الجنينية الخارجية التي تعلن القذف . ثم ان تأثير الانقباضات العضلية البطنية يقع على الرحم وعلى الاعضاء المحسوبة البطنية . ولذا كثيراً ما يحدث عند حصولها خروج المواد البرازية والبولية بدون ارادة المرأة . ويقع هذا التأثير أيضاً على دورة الجنين وعلى دورة الالم ولذا يدرك بالسمع أثناء هذه الانقباضات أن ضربات قلبه ضعيفة بل وقد تنقف وان ضربات قلبها سريعة . والانقباضات المهبلية ليس لها أهمية عند المرأة . وتبعاً للعلم (بينار) ان انحاء عنق الرحم يحصل متى ابتدأ الطلق وأن حصوله علامة على ابتدائه وهذا مخالف للعلم (تارنير) لان الانحاء تبعاله يبتدى في الخمسة عشر يوماً الاخيرة من مدة الحمل . ثم ان انحاء عنق الرحم يحصل من أعلى الى أسفل وأسبابه كثيرة . منها انقباضات الالياف الرجية المستطيلة لانها أقوى من الياف عنقه الخلفية . ومنها اندفاع جيب المياه وجزء الجنين الا تبين تدريجياً . وبشكرار هذه الافعال ينحى عنق الرحم ويتم تمدد فتحة حتى تسمح لمرورج الجنين في تمام الانحاء والتهدد لا يدرك الاصبغ الاحافة الفتحة الرجية فتكون رقيقة عند بكرات الحمل وسميكة لحيمة عند ممتكراته فاذا طال الطلق قد تصير منقنخة أو زيجماوية . وقد تكون رقيقة جداً فتصعب معرفتها ويمكن معرفتها اذا أمكن رفعها الى أعلى بالاصبع وقد لا تدرك الفتحة اذا كان الرحم مائلاً الى الخلف فيلزم البحث عنها في الامام والاعلى خلف العانة لانها تكون محتفية خلفها غالباً . والمتقدمون كانوا يقدرون اتساع تمدد فتحة عنق الرحم بقطع المعاملة فيقولون تمدد كقطعة الجسين

مستقيماً والفرنك أو الفرنكين أو الخمسة فرنكات وهذا التقدير لم يزل متعارفاً إلى الآن عند العامة والاحسن تقديره بالسنتيمات . فيكون التمدد تاماً متى صارت حافة فتحة عنق الرحم مكونة بجزءه من جدر تجويف الرحم وجزء من جدار المهبل وحينئذ يكون اتساع الفتحة من (٧) إلى (٨) سنتيمات . ثم إن مدة تمام التمدد تتعلق أولاً بحالة نسج العنق وثانياً بنوع المجيء والجنين وثالثاً بقوة الانقباضات الرحمية ورابعاً بحسب بنية المرأة ومن أجهاف يتم بسرعة إذا كان المجيء بالقوة خصوصاً في وضعها المؤخر المقدم ويبطئ إذا كان بالمقدمة ويبطئ أكثر إذا كان بالكثف . ويتم تعدد فتحة عنق الرحم عند بكريه الحمل في مسافة تختلف من ست ساعات إلى عشر وعند متكرراته في زمن يختلف من (٤) ساعات إلى (٦) وتلك التمدد أسرع تمام حصوله وعلى العموم يكون التمدد تدريجياً ومستمراً وقد يقف من نصف ساعة إلى أكثر من ساعة بل وقد يقف الطلق بالكليّة فينعلق عنق الرحم ثانياً . ثم إن الجنين عند مروره من الفتحة التامة التمدد يعزق حافتهما مهما بلغت درجتها في الاتساع فينجع عن التمزق ندب التمام يعرف بها عدد ولادة المرأة لأن هذا التمزق يحصل في نقاط مختلفة بتكرار الولادة . ومتى تمام تمام عنق الرحم وتعددت فتحة سال منه مادة مخاطية تخبئة كزلال البيض مصفرة اللون قد تكون ملوثة بالدم وهذه المادة هي إفراز الغدد المخاطية الرحمية التي تراكت في الرحم بسبب انغلاق فتحة عنقه مدة الحمل . وقد تظن العامة أن هذه المواد هي مياه الامنيوس وهو خطأ نعم قد يرشح من خلال الكيس الامنيوسي بعض مياهه فتزول مع هذه المواد . ثم إن سيلان المادة المخاطية المذكورة يحصل قبل الآلام القاذفة في زمن يختلف من يوم إلى ثلاثة أيام . وجيب المياه هو جزء من الكيس الامنيوسي المشتمل على جزء من مياهه التي يعالوها الجزء الثاني للجنين وهذا الجيب ينحسر في فتحة عنق الرحم المتددة ويزرع منها وحينئذ إذا فعل الجنس المهبل مدة فترة الانقباضات الرحمية وجد الاصبع سطحا أملس متورما رياناً يضغط به في فصل لأجزاء الجنين فيعرفها الطبيب ويفهم نوعها وهذا السطح يصير محدباً بمتورزات البروز في فتحة عنق الرحم مدة الانقباضات الرحمية كما في شكل (٥٦) ثم إن تحذب وبروز جيب المياه يختلفان فتي كان بروزه بهيئة (مومبار) أعلن على العموم عيشاً معيباً مرتفعاً كالجميء بالكثف أو بالمقدمة أو بالوجه لأن المجيء يعجز عن هذه الأجزاء بتركها بينه وبين الأغشية

انظر شكل (٥٦) مع شرحه في هيفة (٩٩)

٤



مسافة كبيرة تجتمع فيها  
مياه الامنيوس . أما الجيب  
المفرطح فيعلن مجيئاً منتظماً  
منخفضاً حيد العاقبة حتى  
ان المولدة المسماة (دوجرس)  
والدة المولدة المسماة (لاسابيل)  
تقول اني لاأختنى من الجيب  
المفرطح . ثم ان أغشية  
الجيب تتمرق في زمن تافسيل  
مباهه الى الخارج اغما هذا  
التمرق تارة يتم في أن واحد  
وتارة بالتعاقب أما مجلسه  
ففي الغالب يكون نحو مركز  
فتحة عنق الرحم وأحياناً يكون

أعلاه حتى ان فتحة التمرق قد تسد بوجود جدار الرحم فوقها وماه (شكل ٥٦)

الامنيوس يكون شفافاً وسيلانه يحصل بقاء عقب التمرق ثم يصير متقطعاً بخلاف سيلان  
المادة المخاطية الزججة فإنه يكون مستمراً وسايله هلامياً مخاطياً لزجاً . ومعرفة سلامة  
غشاء جيب المياه من تمزقه قد تكون صعبة اذا كان المحي به بالقمة لان فروة الرأس قد تلتبس  
بجيب المياه الذي لم يتمرق . نعم يمكن تمييز الفروة باحساس الشعر لكن كثيراً ما يكون ملتصقاً  
ببعضه بمادة غروية زلقة فيكون سطح الفروة أملس كسطح أغشية جيب المياه فيجتمد  
الطبيب حينئذ في أنه ينثني السطح مدة فترة الانقباض الرحمي فإذا انثنى علم أنه الفروة وان لم  
يمكن ثنيه علم أنه أغشية جيب المياه الذي يكثر تحديه مدة الانقباضات أما الفروة فتكسر  
مدته وأخيراً اذا رفعت الرأس الى أعلى مدة الفترة السابعة سال جزء من المياه الامنيوسية  
اذا كانت أغشيتها متمركة وأيضاً اذا بقي الاصبع ملاصقاً للجزء البارز مدة الانقباض الرحمي  
يحس بدفقة من سائل فاتر يخرج في هذا الوقت وينزل في راحة اليد . ثم ان جيب المياه  
يتمرق عادة متى تم تمدد فتحة عنق الرحم . وقد لا يتمرق الا وقت خروج الرأس من الفرج

هذا الشكل يشير الى جيب مياه عذب متوتر بارز مدة الانقباضات الرحمية

فاذا كان التمزق في وسط الجيب ومستدير انحرجت الرأس مغلقة بأغشية الجيب وحينئذ تقول العامة (ولد الطفل بطر بوشه) . ثم ان جيب المياه هو المسهل لمرور الجنين بسبب اندفاعه على التوالي في القناة التناسلية بجزء الجنين لكن اذا تأخر تمرقه بعد تمام التمدد بطون قدم الولادة لانه يمنع التأثير الاواسطى لجزء الجنين على القناة المهبلية . وقد ينجم أيضا عن خروج الأغشية مع الجنين بدون تمزق الانفصال المبكر للشيمة . فاذا تأخر التمزق الذاتي بعد تمام التمدد لم تمزق في الجيب بالصناعة إما بنظر السبابة أو بقضيب متثل الطرف نوعا ويكون من خشب أو سن أو عظم عقيم أو معدن معقما جيدا وهذا أقوى . وقد يتمزق جيب المياه قبل تمدد فتحة عنق الرحم وأحيانا قبل الطلق وحينئذ يلزم تحريض الانقباضات الرجعية لاسراع خروج الجنين لانه يخشى على حياته من عدم وجود المياه وان شوهد انقذافه جبا بعد سريان المياه بنحو (١٥) يوما بل وأكثر ولكن في الغالب انه يموت ويتعفن اذا تأخر انقذافه بعده هذه المدد من خروج المياه . واتساع المهبل يتبدى مع ابتداء انخماص عنق الرحم وتعد فتحة وهذا الاتساع ناجم عن دفع جدار المهبل بجزء الجنين والجزء العلوى للمهبل يتسع بسهولة بخلاف الجزء السفلى له المحاط بالعضلة العصبية الرافعة للشرح القابضة للمهبل والفرج فانه يكون صعب الاتساع بحيث ان الرأس متى صارت على أرضية العجان بطون خروجها فيصير العجان محددًا بامتداد والمستقيم منضغطا معصورا فتخرج المادة البرازية منه خروجا غير ارادى وينفتح الشرج ويبرز غشاء المستقيم وتظهر الرأس في الفرج زمن الانقباضات وتعود الى الداخل زمن الفترة الى أن يحصل انقباض قوى مع مجهود عضلى بطنى يخرج جهازا في عقب خروج جهاز خروج الاكتاف فالاجزاء الاخرى للبدن (١)

(١) في التطواهر الميكانيكية - يحصل بالتوازي للتطواهر الفسيولوجية المتقدمة التطواهر الميكانيكية وهي تنحصر في الحركة الذاتية للجنين مدة مروره في القناة الحوضية عند انقذافه وهذه التطواهر تختلف باختلاف نوع الجحى ووضعه من الوقت الذى يتبدى فيه الآلام الى تمام انقذافه

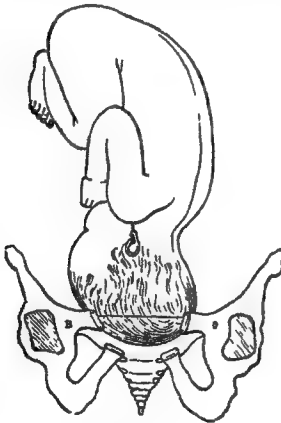
(٢) ميكانيكية الولادة في الجحى بالقمة - اذا كان الجنين آتيا بقمته فالرأس المنثنية بقوة تدخل في الفوهة المتمددة لعنق الرحم وفي المضيق العلوى في آن واحد ويكون ذلك من ابتداء الآلام القاذفة (وهذا هو الزمن الاول) ومن هنا تنزل في التجويف الحوضى بانثناءها بقوة شديدة أيضا (وهذا هو الزمن الثانى) ومتى وصلت الرأس الى أرضية العجان فعلت

(١) تنبيه كثيرا ما ينجم عن التمددات القهريّة للقناة المهبلية الفرجية أثناء الولادة تسليخات وتمزقات فيها

حركة

حركة دورية بها يتجه المؤخر الى الامام تقريبا (وهذا هو الزمن الثالث) ثم تجيء الى الفرج وتخرج منه بحركة انبساط تدريجية مر تكة بالقفاعلى الارتفاق العانى (وهذا هو الزمن الرابع) ومتى وصلت الرأس الى خارج الفرج فعلت حركة جديدة دورية تابعة لحركة الاكفاف الدورية الحاصلة فى التقعر الحوضى (وهذا هو الزمن الخامس) ثم يعقب خروج الرأس زمن وقوف فيه المرأة تستريح ويعقبه فى الحال انقباض جديد به ينتهى خروج الجنين (وهذا هو الزمن السادس) لكن يكون ذلك فى زمنين وهما زمن خروج الصدر وزمن خروج المقعدة ولكنهما لا يتميزان . وأما خروج متعلقات الجنين (أى المشيمة والاغشية) فلا يحصل الا بعد خروج الجنين بعشر دقائق الى خمس عشرة . وبالجمله فتوجد هذه الستة أزمان فى انقذاف الجنين حين يجثو بالقمة وهى . أولا انخسار الرأس فى المضيق العلوى (أى الانكماش وتناقص الحجم والانخسار) . ثانيا نزولها فى التجويف الحوضى . ثالثا الدوران الباطنى للرأس متى وصلت الى أرضية الحجاب . رابعا خروجها من الفرج . خامسا دورانها الظاهرى الذى هو نتيجة الدوران الداخلى للكفتين . سادسا خروج الصدر فى الجذع (أى المقعدة) انما بعد خروج الرأس بنقذاف الجذع بسهولة حتى

لا يمكن ادراك الزمن السادس كما تقدم . وهذه الازمنة هى مجا نيكية الولادة الذاتية . فى الزمن الاول كما فى شكل (٥٧) تنتهى الرأس وتختصر فى المضيق العلوى على حسب محور نفس هذا المضيق وبناء على ذلك تكون الحدة الجدارية اليمنى . أو اليسرى هى النقطة الكثيرة الانحدار التى يسقط عليها ولا الاصبع الباحث لا التدريز المستطيل نفسه وذلك على حسب أول وثانى وضع للقمة . وبالجمله متى انخسرت الرأس هكذا فانها تكون مشنية بقوة لتتقص بقدر الامكان لان هذا الانثناء هو نوع تناقصها

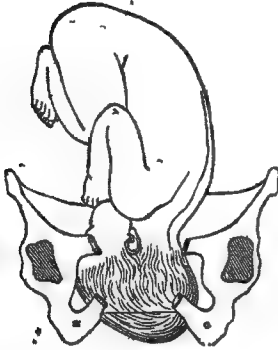


شكل (٥٧)

الحقيقى اذ به تنقص أقطارها . ومعالم أن الرأس قطرها الاكبر طولاهو المقدم

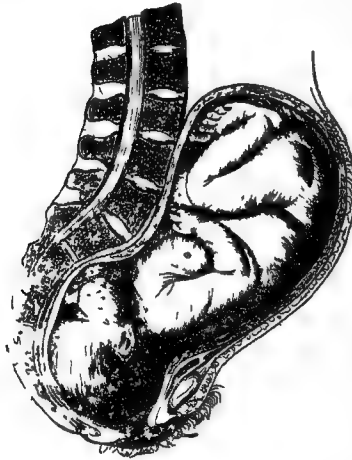


بالتخلي المتضمن حرف (أو - لاس) الى حرف (ف) أى من المؤخرى الى الذقنى كما فى رأس  
شكل (٢٨) المتقدم اذ يكون طوله (١٣) سنتيمترا ونصفا ثم يليه القطر المؤخرى الجبهى  
المتضمن حرف (أو) الى حرف (ف) الذى يكون طوله (١٢) سنتيمترا ثم يليه القطر تحت  
المؤخرى القمى المتضمن حرف (أو - س) الى حرف (ب - ر) الذى يكون طوله (٩)  
سنتيمترات ونصفا ومثله القطر القصبى القمى المتضمن حرف (ت - ر) الى حرف  
(ب - ر) حيث يكون طوله ٩ سنتيمترات ونصفا أيضا ومثلهما القطر الجدارى الممدد  
من حذبة جدارية الى أخرى أى المتضمن حرف (ب) الى حرف (ب) فى رأس شكل  
(٢٧) فله يكون طوله (٩) سنتيمترات ونصفا كذلك . وأصغرا أقطار الججمة هو القطر  
الجبهى الذقنى المتضمن الذقن الى الجبهة أى المتضمن حرف (م) الى حرف (ف) من  
شكل ٢٨ المذكور . ثم أن أقطار الججمة تكون قليلة التناقص اذ لم يحصل لها انثناء  
لكونها مرسومة من عظام صلبة . ثم أن القطر الاكبر طولاً من جذع الجنين هو قطره  
المستعرض وليس المقدم الخلقى وطوله يختلف من (١٤) الى (١٣) سنتيمترا ومعلوم  
أن جذع الجنين متصل برأسه بواسطة ساق مرنة يسمح للرأس ولجذع بأن يدور كل منهما  
عليه وينثنى وينبسط فوقه وهذا الساق هو العنق ومعلوم أيضا أن بعض الاقطار للضيق  
العلوى والتضيق السفلى للرأى يكون طوله (١٢) سنتيمترا وبعضها (١١)  
سنتيمترا ونصفا وبعضها (١١) فقط ومع ذلك فأعظم قطر من أطراف الجنين وهو الرأس أو  
المقعدة يمر من أصغر قطر من حوض المرأة فالرأس ثم الجذع وكل منهما يقطع سيره فى  
الازمنة السابقة . ففى زمن الانحشار أى الزمن الاول المشار به بشكل (٥٧) المتقدم يكون  
قطر الججمة (أو - لاف) من شكل (٢٨) المتقدم أى المؤخرى الجبهى موازيا لأحد الاقطار  
المنحرفة للضيق العلوى وقطر (ب - ب) أى الجدارى الجدارى من الججمة شكل (٢٧)  
يكون موازيا تقريبا للقطر الآخر المنحرف للضيق العلوى وأن المحيط المؤخرى الجبهى  
(أو - اف) للججمة شكل ٢٨ يكون موازيا لمحيط المضيق العلوى وأن محور هذا المضيق  
يمر بالقطر القصبى القمى وفى انتهاء هذا الزمن يستبدل قطر (أو - لاف) بالقطر تحت  
المؤخرى القمى المشار به بحروف (أب - لار) ومحور المضيق والحوض الصغير حينئذ يمر  
من القطر المؤخرى الذقنى عوضا عن القطر القصبى القمى . وفى الزمن الثانى تتركز الحذبة



شكل (٥٨)

الجدارية المقدمة منهما كانت البني أو اليسرى  
خلف قائمة قوس العانة كما في شكل (٥٨)  
مدة كون الحلبة الخلفية تنزلق على الجدار  
الطني لتفسع الحوض في محاذاة الارتفاق  
العجزى الحرقفي المقابل بحيث أن الصدر يز  
العظيم الجمعي يظهر مباشرة تحت الاصبع  
بجهد قرب الرأس من المضيق السفلي كما في  
شكل (٥٨) المذكور. والزمن الثالث غاية  
وضع الجمجمة في حالة يكون بها قطر الاعظام  
أى المؤخرى الجبهى موافقا لقطر الاعظم من  
المضيق السفلى أى العصصى العانى مع توجيه



شكل (٥٩)

المؤخرى الى قوس العانة كما في شكل  
(٥٩) والحلبة المؤخرية لاتصل  
للاتحاد الى الامام مباشرة بل  
ترتكز خلف القائمة المقابلة  
لقوس العانة بحيث أن الرأس  
تكون في آخر هذا الزمن منحنية  
دائما قليلا على المضيق السفلى كما  
يستفاد من شكل (٥٩) المذكور  
وبالجملة يلزم أن يتصور جيدا أن  
هذه الحركة الرحوية الباطنة  
لا تحصل دفعة واحدة بل تتعاقب  
حركات صغيرة ذهابا وإيابا في زمن

الانقباض يتقدم المؤخرى الى الامام ثم

يتأخر قليلا وهكذا الى أن تصل الزاوية الخلفية للجدار المقدم (لا الحلبة المؤخرية نفسها)  
الى محاذاة الجمع العلوى للفرج وإذا نزلت القحمة في أول وضع يقل ادخال هذه الحركة  
الرحوية قائما لا تساوى واحدا من ستة عشر من الدائرة كما في شكل (٥٩) وأما اذا وصلت

القمة الى ارضية الحوض في الوضع الثاني فتكون هذه الحركة الرجوية أكثر من ربع دائرة . وفي الزمن الرابع يدخل المؤخرى تحت القوس العاني مباشرة تقريباً حتى يحيط الارترفاق



شكل (٦٠)

العاني بالقفا الحاطة تامة كما في شكل (٦٠) ويثبت تدور الرأس بتمامها على هذا القفا الذي هو مركز الحركة وتنسبط شيا فشيأ حتى تخرج من الفرج لأن هذا الخلاص يحصل في الغالب ببطء خصوصاً عند بكرات الولادة وفي هذا الوقت يحصل ألم شاق يسمى بالألم المكسر يحمل المرأة على الصباح الشديد ويجعلها غائبة عن الوجود ويقلص جميع عضلات جذعها وذراعيها تقلصاً شديداً حتى تساعد الرحم ثم تنتهي من ذلك بطلاق شديد . ويلزم معرفة السير الطبيعي للرأس عند مجاوزتها الفرج

لأنه ربما التجبى الى وضع جفت الولادة عند البكرات ذوات العجان الصلب مثلاً فيلزم تقليد هذا السير الطبيعي لأجل عدم قهر تعدد أعضائه التناسل الطاهرة أعني ان الأولى منع جذب



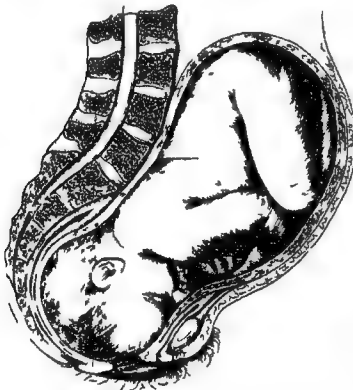
شكل (٦١)

الرأس حال كون الحدة الجدارية مشرفة على الخلاص . وأخيراً في الزمن الخامس تحرر الرأس الجنين حركة جديدة رجوية تحمل الوجه على الاتجاه الى الجهة الانسية والخلق قليلاً من نخذلاً كما في شكل (٦١) وهذه الحركة تهيئ دوران رجوي باطنى للاكتاف به بصير القطر الانحرى غير موازلاً حداً الاقطار المنحرفة للثة غير الحوضى وموازيات تقريباً للقطر العصصى العاني ولكن هذه الازمنة الخمسة لا تكون دائماً متمايزة كذا كرنا فانه يختلط

عند كثير من النساء اللاتي ولدن عدة أولاد الزمان الأولان بل الثلاثة . وقد يشاهد عند

بعض

بعض النساء فقد الحركة الرحوية الباطنة أو ازديادها حتى فقدت بصير المؤخرى موضوعا بالعرض أو يجاوز العجز بسبب حركة مضادة . وأما إذا كانت الحركة متزايدة فإن المؤخرى يتجاوز الارتفاق العائى ويجاوز الفرج العائى المقابل الذى كان حقه أن يقف خلفه حينئذ تفصل الحركة الرحوية فى حالة أول مجئ بالقمة الى (٦٠) درجة عوضا عن أن تكون (٢٢) . وفى حالة الوضع الثانى تفصل الى (١٨٠) درجة عوضا عن (٩٠) فإذا حصل من انجمله الرأس حال خروجهما من الفرج شئت فى الوضع الاول من المجئ والقمة فلا يكون على المواد الا البحث عن المجلس الحقيقى للبروز المصلى الدموى اذا وجد ولو كان صغيرا لأجل زوال الشك لان البروز المذكور يكون مجلسه الجدارى اليسرى كانت القمة فى نفس هذا الزمن فى



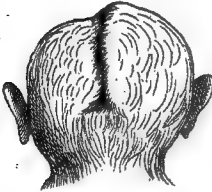
الوضع الثانى لأن الحركة الرحوية فى حالة الوضع الثانى للقمة اذا فقدت كما فى شكل (٦٢) فلا يكون ذلك دليلا على عدم حصول تمام الولادة الذاتية . وإذا بقيت الرأس منتبذة انثناء قويا ينتهى المؤخرى بالخروج أولا أمام العجان ثم انه يمرقه كثيرا أو قليلا وبعد ذلك لا يكون على الرأس الا أن تنسط كى تهزلى القمة والوجه بالتعاقب تحت المجمع المقدم من الفرج لكن

يتأسف من انبساط الرأس قبل أن يتم خروج المؤخرى أمام العجان شكل (٦٢) لان القطر المؤخرى الجبهى ثم المؤخرى الذقنى يجاوزان القطر العصصى العائى الذى ليس له امتداد مماثل لهما فيحصل حينئذ انحصار الرأس فلا يمكن خروجهما بالانتفتيتها . وأما الوضع الثالث والرابع والخامس والسادس للقمة (التي هي باردة جدا) فيجارية الولادة فيها واحدة وأحيرامتى كانت الرأس الى الخارج تبعها الكتف المقدم الذى يبرز تحت الفوس العائى أولا ثم يخرج الحلقى ومتى خرج الكتفان فان الجذع يتبع الحركة الرحوية لهما ويصل الحنجر بين يدي أمه ويكون بوضعه الى الامام ونساء على ذلك يكون

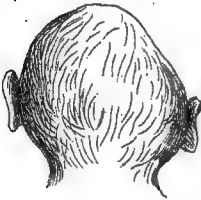
ورحمه الى أعلى وهذا الوضع مناسب لتنفسه بسهولة. وفي مدة الولادة يحصل في الرأس توترات مختلفة كسكونه - تدببه - عملية تنموية في الاجزاء الرخوة لها في النقطة القابلة لفكحة الرحم



شكل (٦٣)



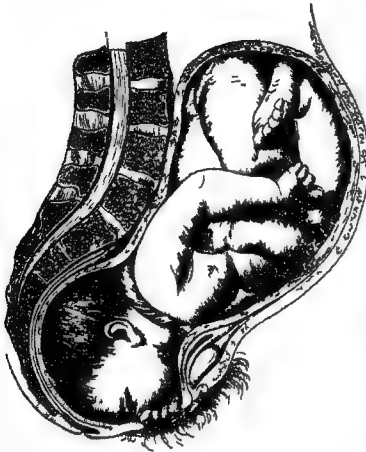
شكل (٦٤)



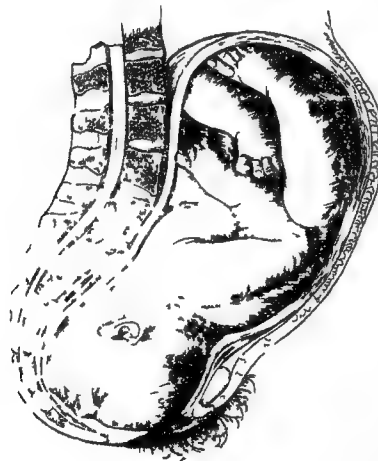
شكل (٦٥)

المجيء بالقمة . وفي زمن الخروج تدور الرأس على قاعدة الفك المرتكز تحت القوس العائى لاجل فعل انتفاها كالحصول للقمامع القوس العائى في المجيء بالقمة . وفي اثناء حركة انتفاء الرأس تظهر القمة قليلا فوخ فالمؤخرى أمام العجان . والدليل على كون الولادة ذاتية في حالة المجيء بالوجه خروج الذقن أولا تحت القوس العائى

المتمدة وهذه الحدة يكون تجلسها الزاوية الخلفية العليا الجدارى اليمنى في الوضع الاول للمجيء بالقمة ويكون أعلى قليلا وخلف الحدة الجدارية اليسرى في الوضع الثاني للمجيء بالقمة كما في شكل (٦٣). ومتى كان الطلق بطيئا يحصل تنوع في الوافخ وفي التداريز بتركيب العظام فوق بعضها فتكون الزاوية المؤخرية أسفل الزوايا الخلفية العليا الجداريين وتكون الحوافي العليا العظام الجبهة أسفل الزوايا المقدمة العليا الجداريين والحوافى العليا الجداريين متركة فوق بعضها كما في شكل ٦٤ وقد ينتج من الضغط على الرأس شكل غير منتظم كما في شكل (٦٥). وفي الولادة بالوجه يوجد أيضا خمسة أزمان وهي: أولاد دخول الرأس في المضيق العلوى في حالة بسط قهري . فانبساط الرأس الى أرضية العجان منبسطة انبساطا قويا أيضا . ثالثا دوران الرأس الباطنى الذى يوجه الذقن الى تحت القوس العائى . رابعا خروج الرأس من الفوج بواسطة انتفاء تدريجى . خامسا الدوران الظاهرى للرأس الذى هو نتيجة الدوران الباطنى لاذكاف التى قطرها الاعظم يوازي أعظم قطر للمضيق السفلى (أى العصصى العائى) وهذا أيضا لا يحصل الدوران الباطنى والخروج من الفرج الا بواسطة تعاقب حركات صغيرة ذهابا وإيابا كما في حالة



شكل (٦٦)



شكل (٦٧)

عقب انثناء الرأس الى الخلف  
وانثناء قويا كما في شكل (٦٦)  
وبدون ذلك فالقطر المؤخرى  
الذقني الذي طوله من (١٣)  
سنتيمتر الى (١٣) ونصف يصير  
مواريا للقطر العصبي العاني  
الذي لا يتجاوز طوله (١٢)  
سنتيمترا وبذلك لا يمكن خروج  
الرأس بخلاف ما اذا أتت  
الذقن أوت تحت القوس العاني  
فيمر القطر القسبي القمي ثم  
القطر القسبي المؤخرى بسهولة  
لان قطر كل منهما لا يتجاوز

تسعة سنتيمترات ونصف . وقد يتفق أن

الذقن تبقى الى الخلف كما في

أول وضع للجبي وبالوجه بسبب

عدم حصول الدوران كما في

شكل (٦٧) ومع ذلك قد

تحصل الولادة الذاتية فن

الجائر حينئذ ان الذقن بدل ان

ترتكز على قاعدة العصعص

تسكن في الشرم العظيم الوري

خافضة للأجزاء الرخوة التي

تغطيه وبذلك يقل من القطر

المؤخرى الذقني نحو (٢)

سنتيمترا وذلك يسمح له بالارلاق

خلف الفرع العاني المقابل له

ويخرج هو أوت لا من تحت القوس العاني فيحصل

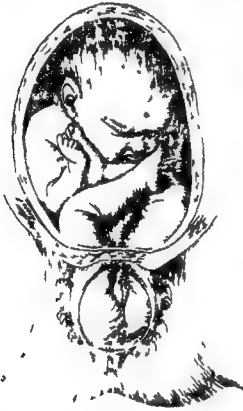


شكل (٦٨)

حينئذ تبديل الجهي والمعيب بالجهي بالقمة المنتظم. وفي الجهي بالوجه يتكون في أغلب الاحوال حذبة مصلية دموية مجلسها الزاوية التي تلي الأمام وهذه الحذبة تمتد في العالب الى الاجزاء المجاورة كالعين والخذ والاف وبذلك يولد الطفل منتفخ الوجه ذاهية بشعة تزداد شاعتها بتغير شكل

الجمجمة كما في شكل (٦٨)

(في الولادة بالمقعدة) - في مجه نيكية الانحناء في المقعدة ينبغي أن يعدأ ايضا خمسة أرضنة. ففي الاول (ونفرض الجهي كاملا) ندخل الاليتان في المضيق العلوي بسبب تناقص



شكل (٦٩)

حجمهما . وفي الثاني ينزل لسان في التقعر الى أرضية الحوض بحفظهما الوضع الذي كانا عليه أولا . وفي الثالث يعتبر بهما دوران باطنى به تصيرا احداهما متجهة تقريبا الى الامام والاخرى متجهة تقريبا الى الخلف . وفي الرابع يخرج جان من الفرج بواسطة تتابع حركات صغيرة ذهابا وإيابا . والالبة المقدمة هي التي تخرج دائما ولاشكل (٦٩) كما يحصل في خروج الاكاف في الجيئات بالرأس . وفي الزمن الخامس يحصل في الجزه انتشارج دوران ظاهري به بصيرالسطح المقدم للجنين متجها الى الجهة الانسية

وقليلا الى الخلف لاحد فتنى الام على حسب الوضع كما في شكل (٧) فاذا كانت الاقدام أكثر انخفاضا من الاليتين فالقدمان هما اللذان يخرجان أولا وأحدهما كما في شكل (٧١) ولكن عادة يخرج جان معا وحينئذ متى وصلت المقعدة الى المضيق العلوي يتبدئ سير الخمسة أركان التي سبق ذكرها كما اذا كان الجهي كاملا بدون فرق واذا كان القدمان

انظر شكل (٧٠ و ٧١) في صحيفة ١٠٩



شكل (٧٠)



شكل (٧١)

أعلى من الاليتين بقليل وقفا بواسطة حافة الفوهة  
الرجية في الوقت الذي تنحرف فيه الاليتان  
فيرتفع القدمان حينئذ ارتفاعا كبيرا على السطح  
المقدم للجنين ولا يخرج جان الامع الصدر في آن  
واحد. وإذا كانت الولادة طبيعية بقي الذراعان  
على العموم موضوعين بطول الصدر ويخرج جان  
معه ولا يرتفعان على جانبي الرأس الا اذا جذب

الجنين لاجل اسراع انقذافه ويجذبه أيضا تنبسط  
الرأس وبدون هذا الجذب تبقى منتبئة  
على الصدر واضغط قعر الرحم عليها  
• ومتى كان الكتفان الى الخارج  
(بحيث ان أحدهما الى الامام والاخر  
الى الخلف) بقيت الرأس في التقعر  
كما في شكل (٧٢) من تكررة بالقفا على  
أحد جوانب الارتفاق العاني فتخرج  
الذقن ثم باقي الوجه ثم الجبهة فاليا فوخ  
فالقمة وأخيرا المؤخرى بالتعاقب أمام  
العجان ثم تدور الرأس على القفا الذي  
هو مركز الحركة فاذا بقي المؤخرى الى  
الخلف عرضا عن أن يأتي الى الامام  
لسبب ما كان ذلك عرضا يستدعي

توسط المولد ومع ذلك لا يخشى من هذا العارض اذ قد

تم الولادة ذاتية قهرا عن ذلك بسبب كون الرأس بقيت منتبئة فتتلاق الجبهة من أعلى  
الى أسفل خلف العانة حالة كون المؤخرى باقيا ثابتا في تقعر العجز كما يحصل من وضع اليد





في فم الجنين لتثنى رأسه كما في شكل (٧٣) وإذا لم  
تخرج بنفسها أخرجت بوضع الاصبع في فم الجنين كما  
في الشكل المذكور . وقد يكون عدم خروج الرأس  
بنفسه بسبب أنها تكون منبسطة في المضيق العلوي  
والذقن باقية معلقة أعلى العانة كما في شكل (٧٤)  
فيحتاج لمساعدة الطبيب لارتلاق المأخرى على العجز  
ثم على الوجه العلوي من الجبان ثم يخرج الأول من  
المجموع الخلفي للفرج كما في هذا الشكل . أما الخطر

الوحيد في الجحى بالمقعدة فهو تعرض الجنين كثيرا للاسفة كسبب شكل (٧٢)



ضغط الحبل السري لكن عندما تكون  
الاطراف السفلى مرتفعة على الوجه  
المقدم للجنين تكون أخطار الضغط  
المذكور قليلة لأن فوهة الرحم عندت  
كثيرا من ابتداء زمن الانقباض  
فتفقد بعض قوتها أكثر من حالة الجحى  
بالأقدام أولاً لأن الحبل السري قد وقي  
لوجوده إما بين الساقين وإما بجانب  
أحدهما فيكون هناك وقاية له من  
تأثير ضغط الدائرة الرجسية . وقد  
لا يحصل تغير في شكل الجمجمة حال  
الجحى بالمقعدة كما في شكل (٧٥)  
( في مجازيكبة الولادة في الجحى  
بالذراع ) - في هذا الجحى ويميل الرحم  
بانقباضاته لأن يأخذ شكلا بيضاويا

شكل (٧٣)

منتظما لحبل الجحى الردي للجنين الى الجحى طبيعى

انظر شكل (٧٤ و ٧٥) في صحيفة ١١١



لكنه لا ينبغي في ذلك دائماً  
خصوصاً عند من ولدن عدة  
أولاد وحصل عندهن  
ضعف في الرحم ولا  
يسمح أبداً باستمرار الحمل  
المستقيم بالبطن أو الظهر  
بل يسمح في الأغلب باستمرار  
الحمل بأحدى جهتي الجذع  
لان هذه الجهات لما كانت  
ضيقة وغير منتظمة لم يكن  
لها سطح يسمح لجدار الرحم  
بالانسيار عليها كما تؤثر على  
البطن والظهر. وأياً ما كان  
فالحمى بالكشف حالة تستدعي

شكل (٧٤)

دخول اليد لاجل عمل التحويل القدي



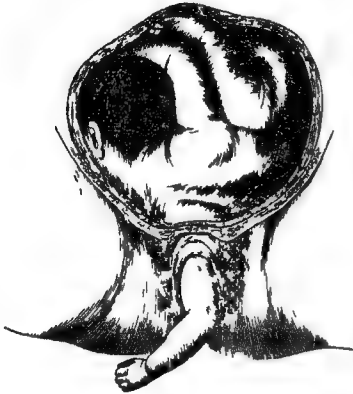
PR

شكل (٧٥)

وهذه قاعدة عمومية والطبيب الذي يصل في الوقت  
المطلوب لعمل التحويل يخطئ إذا اعتمد على المجهودات  
الطبيعية. نعم يمكن حصول الولادة في بعض الاحوال  
بواسطة القوى الوحيدة للبنية متى كان الحوض متسعاً  
والجنين صغيراً والكف حينئذ يدخل دخولاً عميقاً في  
التقعر ويسكن تحت القوس العاني فيتولد مسافة بينه  
وبين العجز لكي يمكن الطرف المقعدي الجنيني الاتزان  
من أعلى الى أسفل على الجدار الخلفي من القناة الفرجية

الباطنية ويخرج الاول أمام العجان وهذا يسمى بالتحويل الذاتي الجنين وهو يستدعي طلقاً  
شديداً من جهة الرحم حتى انه مات (٢٥) حينئذ من (١٣٧) ولداً بهذه الكيفية وان ثلاثة  
أرباع الامهات قد متن أيضاً بسبب الاضغلال العصبي أو بسبب الالتهاب الرجي البريتوني

ويمكن أيضاً أن يعتد في ميثاقنيكية الخروج الذاتي في الهجي وبالجنذع خمسة أزمنة متميزة. ففي



الزمن الاول (وهو زمن التصغير والوصول للضيق العلوي) ينتهي الجنين بقوة على الجهة المقابلة للجهة الآتية بها وتكون الرأس موضوعاً على الصدر وضعا مختلفا ويتقارب الكتف العلوي والآلية العلوية من بعضهما والكتف الاسفل يستطيل بانضغاطه ضغطاً حلقياً فيدخل في المضيق . وأحياناً تنسقط اليد كما في شكل (٧٦) وفي الزمن الثاني (وهو

شكل (٧٦)

زمن النزول) يدخل الكتف زيادة في التقعير والجذب



السفلي ينزل بنفسه بحيث يلامس أرضية العجان تقريباً كما في شكل (٧٧). وفي الزمن الثالث (وهو زمن الدوران الباطني) يفعل الجنين مع كونه منتصباً على نفسه حركات صغيرة ذهاباً وإياباً في الاتجاه الأفقي وهذه الحركات تصير الرأس على العانة وجانب العنق خلف الارتفاق العاني والمقعدة في التقعير العجزى كما في شكل (٧٨)

. وفي الزمن الرابع (وهو زمن الانبساط الجانبي أو خروج الجنذع) يخرج كل من جنبه وحرقته

(شكل ٧٧)

جهة الكتف الآتية وأخيراً يخرج على التعاقب الاليتان

ثم القدمان أمام العجان كما في شكل (٧٩). وفي الزمن الخامس يحصل دوران ظاهري يجعل الطهر إلى الامام وهو نتيجة دوران باطني تفعله الرأس كي يصير المؤخر إلى الامام ويخرج

انظر شكل (٧٨ و ٧٩) في صحيفة ١١٣



شكل (٧٨)



شكل (٧٩)

كخروجه في الولادة الاعتيادية بالمقعدة كما في شكل (٨٠) فاذا تأملنا الآن الى ميخانيكية الولادة في كل محي نرى انه يوجد في كل منها ميخانيكية أصلية دائماً تكون من خمسة أركان كما ذكر . ففي الزمن الاول يكابد جزء الجنين الآتي ضغطاً يصغر حجمه بل ويتوقع شكله كي يدخل في المضيق العلوي بسهولة ما أمكن ومن هنالك في التعجير (وهو زمن التصغير والدخول) والتصغير يحصل بطرق مختلفة على حسب الجزء الآتي فان كان المحي بالمقعدة التي يوجد فيها كثير من الاجزاء الرخوة كان تصغير اللحم حقيقياً . وكذا اذا كان المحي بالكاف لانها قابلة للتصغير بتدخل حقيقي وبخروج الكتف الذي يأتي تحت القوس العائى . واذا كان المحي بالرأس كان التصغير قليلاً وهو يحصل بسبب انثناءها انثناء قهراً اذا كان المحي بالقمة أو بسبب انثناءها

انثناء قهراً اذا كان بالوجه المحي . ومهما كان نوع المحي فالقاعدة دائماً واحدة وهي التنقيص لسهولة الدخول في المضيق العلوي . وفي الزمن الثاني ينزل الجزء الداخل في المضيق الى قعر الحوض بقدر ما يسمح به شكله وأبعاده فهو حينئذ زمن نزول ودخول كامل . وفي الزمن الثالث يفعل الجزء الواصل الى أرضية الحوض حركة الدوران الباطني الذي عايناه وضع جزء الجنين الذي يسبح بكيفية مما يصير قطره الأعظم في المضيق السفلي مواراً بالقطر العصبي العائى الذي تصيره الحركة العصعية أكبر من الآخر . وفي الزمن الرابع يخرج من الفرج الجزء الذي فعل الحركة الدورانية

الطرس شكل (٨٠) في صحيفة ١١٤



شكل (٨٠)

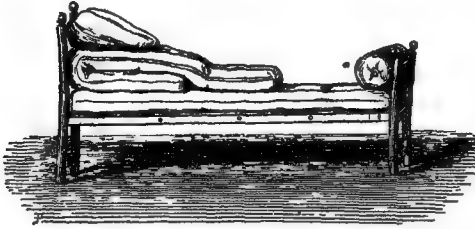
الباطنية وهذا الخروج يحصل بطرق مختلفة تبعاً لجزء الجنين الآتى وتبعاً لانتداه أو بسط الرأس وعلى كل فالقصد منه واحد وهو خروج الجزء الذى فعل الحركة الدورانية الباطنية . وفى الزمن الخامس يفعل الجزء الموجود فى الحوض حركة دوران باطنية بهما بصير قطره الأعظم موازاً للقطر المقدم الخلفى للضيق السفلى كما يتبع الجزء الذى خرج فيكون الدوران الخارجى للجزء الخارج أولاً نتيجة الدوران الباطنى للجزء الثانى

(فى ميخانيكية الولادة التوأمية) -

إذا كان مجرى التوأمين برأسهما كما هو المعتاد كثيراً حيث يبلغ (١٣٤) مرة فى (٣٢٩) ولادة أو جاء أحدهما برأسه والآخر بقدميه وهو قليل حيث كان (٨٦) مرة فى (٣٢٩) ولادة فلا يوجد فى ميخانيكية انقذافه ما شئ مخصوص يذكر انما يلزم فقط معرفة أن الطلق هنا ليس دائماً سريعاً بل يكون بطيئاً غالباً بسبب ضعف الانقباضات الرحمية التى لا يمكنها أن تؤثر على الجنين الا ول وتقذفه الامن خلال الثانى فتضعف الانقباضات فيما بعد وتفقده أغلب قوتها عند تأثيرها على الجنين الثانى . فإذا كان لكل من الجنين جيب متميز متكون من سلى وأمنيوس وكان لكل منهما مشيمة متميزة يمكن أن يتأخر زول الثانى عن زول الاول بعدة ساعات بل وبيومين أو ثلاثة أو أكثر . وأما إذا كان الجنينان منحصرين فى جيب واحد ولهما مشيمة عامة فانهذا فهم ما يكون متتابعاً حتى ابتداء الطلق فلا ينقطع حتى ينزل الأخير وفى هذه الحالة قد تطرأ عوارض محزنة اذ ربما اتفق أن أقدام أحدهما تدخل بجانب رأس الآخر أو يكون مجيئهما بالاقدام فتأتى بدون انتظام فى الفوهة الرحمية أو يكونان متصلين فى حالة مجيئهما بالعرض بحيث تكون رأس أحدهما فى الحفرة الحرقفية اليمنى ورأس الآخر فى الحفرة الحرقفية اليسرى فعلى الطبيب مداركة كل حالة بما يناسبها

(فما يجب على المولود فعله عند من جاءها المخاض) - يلزم أن تحضر المرأة قاعة تولد فيها بشرط أن تكون واسعة هادئة خالية من الستائر والفرش والدواليب لا يترك فيها

فيها الاطارة واحدة ثم تغسل القاعة بمحلول السليمانى أو بخير أو بالبحرق الكبيرت فيها بعد سد المنافذ والابواب وتستمر على هذه الحالة مدة (٢٤) ساعة ثم تفتح وتغسل الطاولة بمحلول السليمانى بنسبة (١) على (٢٠٠) من الماء وبعد ذلك تجفف بالقطن المعقم ثم تغطى بملاءة



تطيفة معقمة  
لوضع الآلات  
فوقها. ويلزم  
للرأسة برتلة  
عليه كالشارله  
بشكل (٨١)  
وتكون قوائمه

شكل (٨١)

من حديد

وأرضيته من خشب ثم يوضع هذا السرير متباعدا عن الحائط كي يتمكن من الدوران حوله بدون عائق ثم يفرش عليه مرتبة سفلى تفرش بطولها ويوضع فوقها مشمع معقم وملاءة معقمة وحرام معقم أيضا يوضع طرفه المتجه نحو الاقدام أسفل المرتبة وطرفه الآخر وجوانبه تلف وهذا هو السرير الدائم ثم يوضع فوق ذلك مرتبة أخرى ينشئ أكثر من ثلثها أسفل باقيها ويوضع فوق هذه المرتبة مشمع معقم ثم ملاءة معقمة مفروشة بطولها وكذلك جملة ملاآت أخرى معقمة ومطوية أربع طبقات توضع بعرض السرير تحت مقعدة المرأة لتتسرب السوائل التي تخرج منها وتختفى فيها المواد البرازية اذا خرجت بدون ارادتها وقت الدوران الأخير للحاض فالمرتبة العليا وما فوقها تسمى بالسرير الوقتى للولادة اذ بعد انتهائها ترفع مع ما عليها بعد تنظيف المرأة من مواد الولادة . ويلزم تحضير السرير من ابتداء عدد عنق الرحم وعلى الطبيب أن يحضر كثيرا من القوط الدافئة المعقمة وأواني صينية وفرش الغسل الأيدي ومنظفالات فريكون من معدن وصابون سليمانى وكبة من الكوئل النقي لغسل اليدين بعد غسلها بالماء المغلى والصابون بواسطة الفرشة وقبل غسلها بالسليمانى ويحضّر أيضا لمبة كؤلية وحوضا معدنيا لعل الماء وتلقيه وتقيم الآلات المعدنية ولاجل هذا التعقيم يوضع الماء البارد فى الحوض الذى هو عبارة عن اء معدنى داخله مصفاة معدنية ذات قوائم توضع عليها الآلات ثم يغطى الحوض وتوقد المبة التى أسفلها



شكل (٨٢)



شكل (٨٣)



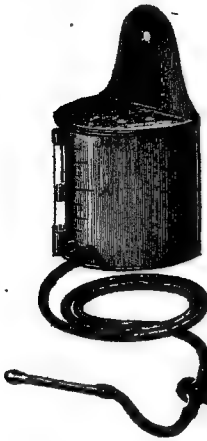
شكل (٨٤)

كافي شكل (٨٢) ويستمر على ذلك حتى يصل الماء الى درجة الغليان ويستمر بعد ذلك أيضا نحو نصف ساعة ويحضّر أيضا جهاز لعمل الزروقات المهبليّة وهذا الجهاز إما أن يكون كوزا من صيني أو من بلور متصلا بليّ منته بانبوبة من البلور كافي شكل (٨٣) وأما أن يكون من الكاوتشوك كافي شكل (٨٤) أو من معدن كافي شكل (٨٥) ويحضّر أيضا مجس رجي ذو طيار مزدوج كالمشار له بشكل (٤٨) المتقدم وجهاز

لقبول ماء الغسيل المهبلي يوضع أسفل السرير ويوصل بالاناء الموضوع تحت مقعدة المرأة كافي شكل (٨٦) وإذا كان الماء حارا وخشى احساس الحرارة وضعت أنبوبة من خرف ذات صيوان تسد الفرج وتغر منها الانبوبة المهبليّة الكاوتشيّة كافي شكل (٨٧) وأيضا تحضير قساطير بولية اذ ربما اقتضت الحالة للتبول بواسطتها وكرسى أو اناء لا تبرز لانه ربما احتاجت اليه المرأة وكذا جلة لترا من الماء الحار المغطى بالمعقم موضوعة

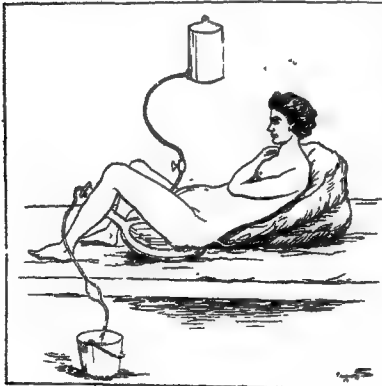
في أو ان بعد الغلي ومسدودة فوماتها بالقطن المعقم سدّا محكما ويحضّر ماء بارد مرشح ومغلي وكذا احجام صغيرة وحوض أو اناء كبير لاجل استعمال الطفل فيه وليمون ومحلول نترات الفضة واحد على مائة من الماء ومسحوق اليود فورم ومسحوق البيكوبود وكثير من الكرات الفطنية المعقمة أو الشاش المعقم يحفظ في قنار ميزان معقمة مسدودة الفوهة بالقطن المعقم سدّا محكما ويحضّر مناشف معقمة مبخنة لتجفيف المولود بعد استعماله ولتغليفه عند فصله من والدته وممرهم سليما في مكون من (١) من السليمانى و (٥٠٠) من الفازلين أو مكون من (١) من حمض البوريك و (٣٠) من الفازلين وأوراق كل ورقة تحتوي على خمسة وعشرين سنتغراما من السليمانى وجرام من حمض الطرطريك ونقطة من المادة الملونة للتبيلة ولاجل استعمالها يذاب ما في داخل ورقة واحدة في لتر من الماء الساخن المغلي بعد وضعه في اناء مطلي باليناء وليس في اناء معدني لان هذا السائل يتلف المعادن ثم يحرك

انتظر شكل (٨٥ و ٨٦) في صحيفة ١١٧ وشكل (٨٧) في صحيفة ١١٨



شكل (٨٥)

ملئة فيصير بعد ذلك تركيبه واحد اعلى أربعة آلاف  
وحينئذ يكون صالحا لتعقيم الاواني والآلات غير  
المعدنية كالتي من البورز ومن الصيني أو من الصمغ المرين  
أو من الكاوتشو المتصلب أو المعادن المطلية بالمينا أو  
بالتينكل أما الآلات المعدنية كالخفوت والمقصات ونحوهما  
والخوض الذي من القصدير أو من الزنك فتعقم بوضعها  
في الماء النقي في حوض التعقيم المتقدم ثم يغلى فيها الماء  
بواسطة اللبة الكؤلية الكبيرة الحجم كما في شكل (٨٤)  
المتقدم ويحضّر المولّد أيضا غاز اليود وفورم كآلة يلزم أن  
يجهز سيرير وملاسل للطفل ويؤتى له بما ينعشه كأن  
يؤتى له بحجر من الخسل أو العسرقى أو الكونيكال أو ماء  
كولونيا وقطعة من فانلا بيضاء معقمة وريشة أو زغبها  
وأنبوبة خنجرية أى منفاخ خنجرى لنفخ الهواء في خنجرته



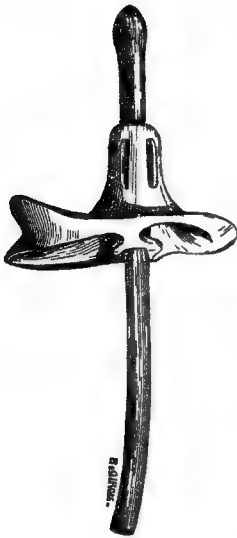
شكل (٨٦)

شكل (٨٨) اذا احتيج لذلك  
وان يحضر جفت الولادة  
المنفصل للعلم باحو شكل  
(٨٩) وجفت آخر بدون  
أسنان وثاقب الجمجمة  
ومفتت الجمجمة وجفوت  
صغيرة ذات ضغط مستمر  
لتوضع على الحبل السرى  
قبل ربطه وجفت بوليب  
ومقص مستطيل ومشابك  
صغيرة واسطوانات من

جذور الاماناريا وخيوط من حرير معقم تحفظ في قفاز معقم صغير طول كل خيط منها

انظر (شكل ٨٨) في صحيفة ١١٨ (وشكل ٨٩) في صحيفة ١١٩





شكل (٨٧)

من (٣٠) الى (٦٠) سنتيمترا لربط الحبل السرى  
وتحضر أيضا خرق صغيره معقمة ولفه قطن معقم  
ولفافة بدن معقمة للطفل طولها (٤٠) سنتيمترا  
وعرضها (٨) سنتيمترات وبأطرافها أشرطة لربطها  
ليستغنى سها عن الدبايس ثم يوضع ذلك في قطر ميزان  
بعد التعقيم وذلك للغيار على الحبل السرى . وكذلك  
يلزم أن تحضر لفاقة بدن سمكة تحفظ معقمة  
لتحزم بها المرأة بعد الولادة وتحضر إبر وخيوط  
معقمة للخياطة وحقنة لحقن المرأة تحت الجلد  
بالمصل الصناعى اذا احتيج لذلك وهذا المصل يهكون  
من كلورور الصوديوم (٥) جرامات ومن سلفات  
الصودا (١٠) جرامات ومن الماء النقي المغلى المرنح  
(١٠٠٠) جرام . وكذا يلزم أيضا أن تحضر كمية من  
الكلوروفورم النقي وكمية من الجويدار تصق فقط  
وقت المخاض وآلات تقطيع الجنين وآلة بارلة طويلة



شكل (٨٨)

وبرجل المعلم  
بودولوك  
ومعلقة  
المعلم باجو  
السابقة الذكر

وخيوطتين منته بتقل من الرصاص مع كلاب . ثم ان ملابس المولاد والقابلة والمرأة الحامل  
يلزم أن تكون معقمة جيداً مغلية تطيئة (جديدة) . ويلزم المولاد أن يقابل المرأة  
بالباشاة وأن يسكن روعها فاذا لم يسبق له معرفة بهالزمه أن يسأل عن أحوالها كما تقدم  
أى يبحث عن سنهاعن صحتها الاعتيادية وعن تاريخ طمثها الاول وسيره فى الاوقات  
الاخرى وعن آخر طمث لمعرفة مدة الحمل فاذا كانت ممن تكرررت ولادتها يسأل عن كيفية

انظر شكل (٨٩) فى صحيفة ١١٩

(٨٨) هذا الشئ كل بشير له فاح يكون من كرم من الكلوروشومس أبوية منجربة فبالكرة ينفخ الهواء فى الخفيرة  
الولادات



شكل (٨٩)

الولادات السابقة ثم يبحث عن الفاظ القلب التي بها يعرف أنها حامل ويكون السمع مدة راحة الرحم ثم يسألها هل حصل لها انخفاض البطن فإذا أجابت بأنه حصل سألها عن اليوم الذي حصل فيه ثم يسألها أيضاً هل حصل عندها الآم وهل أدركت سيلاً نامهبلياً مخاطبياً نجساً كزلال البيض فإذا أجابت عن ذلك كله بأنه حصل لا يعول عليه تماماً بل يفعل الجنس المهبل لي لأنه هو المحقق لذلك كله وقبل فعل الجنس يلزمه أن يغسل يديه هو ومن يساعده كما تقدم ثم يدهن سبابة إحدى يديه بالمرهم السليماني أو البوريكي لسهولة الانزلاق والدخول في المهبل فيبحث عن حالة عنق الرحم وحالة فتحته حتى يتحقق من الحمل ومن قرب انتهائه يفعل

حقنة مسهلة مكونة من الماء الدافئ المحتوي على ملعقتين كبيرتين من الجليسرين ثم يفرغ المشانة بالقسطاط إذا احتيج لذلك حتى ابتداء انخفاء عنق الرحم وتعد فتحة وارتخاء البطن بأمر بوضع المرأة في حمام ساخن لتنظيف جسمها بالصابون ثم بعد خروجها من الحمام يحفف جسمها بغوطه معقمة وتلبس ملابس معقمة تطبقه ثم بعد ذلك توضع على السرير ويوضع تحت رأسها بعض خديدات بحيث يكون ظهرها متركزاً على الفراش في راحة تامة وحوضها يكون على طرف المرتبة العليا ويكون الفخذان والساقان منتشيتان نصف انثناء ومتباعدتان قليلاً والقدمان يرتكزان على وسادة أو لوح ثم بعد ذلك تغسل أعضائها تناسلها الطاهرة بالهلول المعقم وكذلك ينظف المهبل جيداً بالزروقات المعقمة مع ادخال الاصبع فيه وحكه من الداخل في جميع أجزائه خصوصاً إذا وجد عند المرأة سيلاً مهبلياً أبيض وفي هذه الحالة يلزم أن يكون سائل الغسيل أكثر تركيزاً ويعقب ذلك بالغسل بالماء المغلي البسيط ثم يكرر الجنس كل ساعتين وقبل كل جنس يجب أن يغسل يديه كما تقدم وبعده أيضاً كما أنه يلزم تعقيم أعضائه تناسل المرأة بعد كل جنس وقبله ويكون كل من التعقيم والتنظيف الطاهر عاملاً للفرج والفخذين وينبغي إزالة الشعر إذا كان موجوداً في الشفرير العظيمن وجبل الزهرة ولا يصح للمرأة بالمشى ولا بأكل المواد الصلبة متى ابتدأت الآلام فلا يصح لها إلا بالأغذية السائلة كاللحم وشحمه وينبغي ذلك عنها إذا ابتدأت الآلام القاذفة لأنها تحدث القيء

ملحوظة - لا ينبغي أن يكون عند المرأة مع المولود أكثر من شخص من أقاربها لأنه يزعج المحاض

### ﴿ في واجبات الطبيب مدة المخاض ﴾

يختلف سير المولود باختلاف أحوال المرأة من الآلام المحضرة وزمن الآلام القاذفة . فإذا كانت المرأة في زمن دور التحضير وكانت معها جيدة وسير الحمل طبيعيا وجيدا والجنين حيا وفي صحة جيدة وكانت المرأة بكريه أمكنه أن يتغيب عنها تغيبا قصيرا بعد أن يعرف عن المصل الذي يتوجه إليه ربما احتاجت المرأة إلى نده منه وإذا كانت متكررة الولادة فمن الصواب أن يبقى عندها احتياطا . ثم إن المدة الكاملة للولادة من ابتداء الطلق إلى انتهائه تكون تقريبا عند بكرات الولادة من (١٥) ساعة إلى (٢٠) وعند المتكررات من (٦) إلى (٨) ساعات وفي هذه المدة تحصل أدوار الطلق . فالدور الأول الذي هو دور انمحاء عنق الرحم وتعدد فتحة عنق البكرات من (٦) ساعات إلى (٨) . وعند المتكررات من (٤) إلى (٦) . والدور الثاني الذي هو دور الانقذاف يكون عند البكرات من ساعتين إلى أربع وعند المتكررات من ساعة إلى اثنتين . فحينئذ إذا أراد المولود المكث عند متكررة الولادة زمن الدور الأول يكون مكثه في غرفة مجاورة أعرفتها لأن وجوده معها في غرفة واحدة يكون مغللا لها إذا اعتراها طلب متكرر للتبول أو التبرز وقتئذ وهذا كانت الآلام المحضرة متباعدة ضعيفة ويلزم أن يزورها زمنا فزمنار بما حدث عندها ما يلزم لعدم مفارقتها لها . فإذا كثرت الآلام متباعدة قوية فلا يفارقها أبدا بل يلزمها ولا يقطعها ويمنعها عن الحرق قائلا لبس هذا أو أنه . ثم يجري التسمع في كل عشر دقائق والجلس المهبلي زمنا فزمنار متباعدة أن يغسل ويعقم يديه وكذلك أعضاء تناسل المرأة كل دفعة كما تقدم إذا بالجلس يمكنه أن يتبع رأس الجنين خطوة بخطوة في النزول والحركة في القناة الحوضية وإن يبحث عن الوضع وعن التسدير العظيم وعن المسافة الفاصلة بين القوس العاني لمعرفة درجة الانحسار وأن يعرف بعد اليوافج لأنه كثير ما تدرك الرأس وينظ أنها قريبة الخروج والحال أنها مرتفعة وعرفته محل اليوافج يعرف درجة انثناء الرأس أو انبساطها وبالجلس أيضا يمكن اتباع الحركة الرجوية الداخلة للجزء الجنيني الآتي . ثم إن المرأة قد تدرك في الدور الأول أنها ابتلت فتظن أن جيب المياه تمزق وبالجلس يتأكد أنه متمزق أو سليم فإذا ثبت أنه سليم كان السائل الذي ابتلت به هو السائل الزلالي المخاطي مع السادة العنقية الرحية التي طردت بالجنين مدة انمحاء عنق الرحم وتعددت فتحة الباطنة ويدرك الطبيب جيب المياه من ابتداء تعدد فتحة عنق الرحم ولا يتم

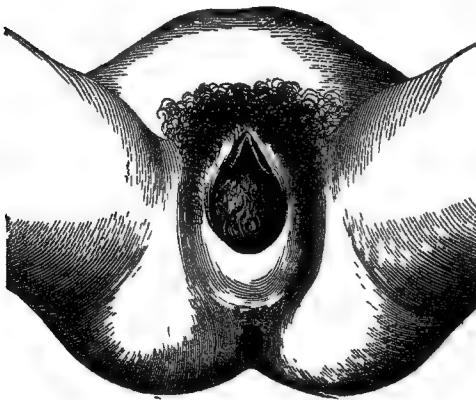
بتم تكونه الا اذا تم انغماء العنق وعدم دفعه حتى صار اتساعه انحو (١٠) أو (١١) ستيقرا ومتى تم تكون جيب المياه كان له أشكال مختلفة فعادة يكون مستديرا نصف كرة كما في شكل ٥٦ المتقدم وقد يكون مستطيلا على شكل المبادر لكونه آتيا في الغالب من استرخاء الأغشية لاحتوائها على قليل من السائل وأحيانا يكون طوله منسبعا عن دخول يد الجنين فيه أو قدمه أو عروة غليظة من الحمل السرى أو نحو ذلك . وعلى العموم يكون الجيب قليل البروز في المحي وبالقمة وكثيره في المحيات الأخرى (١) ثم ان المرأة في هذا الدور تكون هائجة متألمة بسبب الآلام الدورية وفيه تطلق وتنام مع كونها لم تدرك حصول تقدم خروج جنينها فتخاف على نفسها حينئذ من شدة الآلام فتضطر للسؤال من الطبيب متى تخلص فيبادرها عن قريب ان شاء الله تعالى . وأخيرا تدرك المرأة في أثناء بعض هذه الآلام نزول مياه ممتلئة على هيئة موجة تتهبط عند ما يحصل ألم أشد قوة ثم يعود نزولها متى صار الألم خفيفا . فاذا فصل الجلس المهمل حينئذ لا يوجد الكيس الاملس الذي كان موجودا ومتورا قبل هذا السيلان بل توجد أجزاء الجنين الآتية . وهذه المياه هي مياه جيب الامنيوس الذي تفرق ثم يخرج بعضها الذي كان موجودا أسفل جزء الجنين الآتي وحينئذ تنزل الرأس أيضا فتعاذي دائرة فتحة الرحم فتعوق نزول المياه المذكورة مدة الانقباض الرحمي ثم تصعد قليلا مدة الراحة فيعود نزول السائل لان الفتحة تصير غير مدونة بالرأس حينئذ وهكذا يستمر ذلك . ثم ان عدد دفعات عنق الرحم يكون وقت تفرق جيب المياه تاما بحيث يسمح لمرور الجنين لانه متى تم التمدد حصل التمزق من نفسه ولذا يجب على الطبيب متى شاهد قرب زمنه أن يحذر البكرية به لئلا تنزعج من الخروج الفجائي للمياه وأيضا لاجل أن تضع خرقات نظيفة معقمة على البطن والفرج لتتسرب السائل الخارج عقب هذا التمزق . فمتى تم التمزق أمكن المولدان يتأكد بالجلس المهمل من نوع المحي . والوضع بسرعة قبل خروج جميع السائل الامنيوسي من الرحم سواء ازم الامر لعمل التحويل الداخلي أولا وأن يتأكد ان كان مع الرأس بدأ وعروة من الحمل السرى كي ترتدي الحال أولا . ومن الصواب أيضا التحقق من لون الماء الذي يخرج لانه

(١) (تفصيله) لا يفعل الجلس المهمل لمعرفة جيب المياه الامدة راحة الرحم من انغماسه لان أجزاء الجيب تكون مدة الراحة مسترخية ومتوزعة الانقباضات فتعوق حينئذ وصول الدم إلى نفس أجزاء الجنين الآتية

إذا كان كثير اللون بالعنى علم تألم الجنين إذا لم يكن صاباً بالاسفكسيا فيسر ع حينئذ في  
 أخرجه بحفت الولادة أو بالتحويل على حسب الحال ولكن حيث ان ظهور العنى في المهيء  
 بالرأس نادر فيختم على الطبيب الانتظار حتى يبعد العنى في ماء الامنيوس النازل . انما يلزم  
 فعل التسميع الرحي كل عشر دقائق كما تقدم لانه لا يعتمد الا على عدد ضربات قلب الجنين في  
 وجد أن عدد هاتزل الى (١١٠) أو الى (١٠٠) فقط كان الجنين في خطر وحينئذ يسرع في  
 أخرجه كما تقدم . وعلى كل فتي تم ترق الجيب لزمه ان يأمر المرأة بملازمة سريرها . وقد  
 يتمرق جيب المياه قبل ان يتدنى عدد قضة عنق الرحم وحينئذ يلزم المرأة ملازمة الاسـ تلقاه  
 على الظهر أو الجانب مع عدم التحرك ما أمكن حتى يتم عدد قضة عنق الرحم . وقد يتأخر تمرق  
 الجيب كثيراً بدون خطر للجنين فتألم المرأة كثيراً الطول مدة المخاض فإذا كان الامر كذلك  
 وبلغ عدد قضة الرحم من (٧) الى (٨) سنتيمات فيلزم ثقب الاغشية وقت بروزها في زمن  
 أقوى انقباض رحي وذلك بالحل بالظفر السبابة في مركز الكيس في مقابلة الجزء الاكبر  
 صلابه من الجزء الجنيني الآتي وقد ينزلق الظفر على الكيس فلا يتمرق فيسهل بعض عنه  
 حينئذ يقضب من خشب معقم أو بريشة اوز كاملة مبرية على هيئة قلم ومعقمة أيضاً فتدخل  
 باحتراس مع السبابة الى النقطة البارزة من الاغشية كاذ كرت ثم تدفع فجأة كدفع آلة بازلة  
 حتى تنقبه . ومتى فعل البط بأي طريقة سواء كان بالطبيعة أو بالصناعة واستقر غ جزء من  
 المياه رجع الرحم على نفسه قليلاً وبقي في الراحة برهة ثم ينقبض ثانية بقوة وهكذا . فتي كان  
 الطلق مستمر او منتظماً تزايد الالام في الشدة وتقل بعد ذلك شيئاً ثم في أثناء أحد الالام  
 تطلق المرأة أي تحرق مع صياحها صياحاً قوياً وهذه الالام تسمى الموقطة لانها توقف كل نائم  
 عند المرأة اذا حصلت حتى الطبيب أيضاً اذا كان نائماً مستريحاً في الغرفة المجاورة لها وهذا  
 يكون دليلاً على ان الرأس تجاوزت دائرة قضة الرحم اتى مرت منها ومرت منها حتى نتج عن ذلك  
 هذه الالام الشديدة والصياح المعلن بانها ابتداء في الدور الثاني أي دور الانقباض وحينئذ  
 يجب على الطبيب ان يلزم المرأة ويجلس عن يمينها ليستعد لمساعدتها وقبول الجنين  
 ويأمرها بان تمزق عند حصول كل ألم لتساعد الانقباضات الرجية بمجهوداتها البطنية  
 وعلى العموم يلزم المولد على الجس المهبل عقب حصول كل ألم للحكم على تقدم خروج الجنين  
 ومعرفة كل ما عساه أن يطرأ على سير القذف ويكون الجس عقب تقيم يديه الى الساعد  
 وتعيم أعضائه تناسل المرأة كاذ كرنا . واذا حصل للمرأة آلام قطنية شديدة يضع الطبيب  
 فوطه

فوطنة تحت القطن ويأمر بضبط طرفها ورفع المرأة بها قليلا أو بأمر مساعد أقوى البنية بالضغط على عجزها الذي هو مجلس لهذه الآلام في الغالب وبكلتا الطريقتين تحصل راحة للمرأة. وإذا حصل لها اعتقالات في الفخذين أو في سماتى الساقين ذلك هذه الاعضاء وإن كانت هذه الاعتقالات تزول بالكليّة عقب انتهاء الولادة لانها منسببة عن ضغط الصغيرة العجزية بعجزه الجنين المحسور في التجويف الحوضي. وإذا حصل لها قيء ويقاوم بتعاطها ببعض جرعات من مشروب بارد حتى مع تشجيعها حتى تنتهى الولادة لانه يزول بانتهائها. وإذا حصل لها قشعريرات شديدة سكن روعها وشجعها بالقول لها ان هذه القشعريرات علامة على تعدد سربيع لفحة عنق الرحم وقرب الخلاص جدا. (تنبيه) عزيزي جيب المياه قبل تمام تعدد فحة عنق الرحم بعرض الجنين الى قبول ضغط الرحم مباشرة فينجم عنه موته بالاسفكسيا ولذا لا تغرق الاغشية بالصناعة مطا قبل تمام التمدد بل تغرق بها اذا اضطرت لذلك المولود أولا متى أدركت كثرة حركات الجنين وخيف من تبديل المحيى بالقمة فجمي وأخرأقل نجاحا منه. وثانيا متى شاهدت الانقباضات الرجعية وقفت وان الرحم متقدراى حصل فيه خمول زيادة تعدده كما يحصل في الاستسقاء الامنيوسى والجل التوائى. وثالثا متى شاهدت ظهورا أعراض نزيف دموى ناشئ من انفصال مبكر للشيمة. ثم انه يلزم التنبيه على المرأة بعدم الطلق الارادى في الدور الاول أى قبل أن تغزأ رأس من فحة عنق الرحم لانه لا فائدة في ذلك كما ذكر لكن في الدور الثانى متى تجاوزت الرأس الفحة المذكورة ووصلت للجان ومن باب أولى اذا بدأت في المرور من فحة الفرج تؤمر بالطلق خصوصا بكونه الولادة لمساعدة نفسها في هذا الدور لانه لازم فيه وتكون المرأة في هذا الزمن مستلقية على ظهرها وساهاها وخذاها منتنيتين ومتباعدين على الدوام عن بعضهما كما ذكر واذا وجد مساعدا ان ينبغى أن يضع كل منهما احدى يديه أمام ركبته من ركبتيها لترتكز عليها مدة فحة الطلق الارادى وفائدة الاستلقاء على الظهر في هذا الدور هي تجنب الولادة العجائية وقهوط الجنين على الارض وقطع الحبل السرى وتغزق الجان. ثم انه يلزم للمرأة في هذا الدور فعل حفنة مهبلية معقمة لان حافة فحة الرحم تغزق عبر ورأس منها يلزم تعقيمها والاعتناء بها وفي هذا الزمن أيضا يتعذب الجان الخلقى أى يندفع الى الخارج بعجزه الجنين الآتى ومن شدة الآلام تكبش المرأة بكل من جاورها وتصل أسنانها وتصبح للجنونة الهائجة وكثيرا ما يعثر بها لتطلب متكررا لتبرز وفي الغالب يكون كاذبا ويزداد تعذب الجان الخلقى شيئا فشيئا وتباعد شفتا الفرج عن بعضهما

وأخيرا يشتد الألم جدا وتظهر الرأس في الفرج وحينئذ قد ينفتح الشرج وتنفذ منه مواد برازية لأن نزول الرأس بعصر المستقيم من أعلى إلى أسفل فتقول عنه (مادام لاشا بيل) هذا أحسن ولكن الولادة ليست قريبة الانتهاء لأن هذا أول ابتداء تمدد العجان المقدم اذ يلزم لتمام تمدده أحيانا ساعة وأحيانا ساعة ونصف وإن كان ظاهرا الحال يعلن قرب انتهاء الولادة. وكلا التمدد ومرار الرأس يمكن اعتبار مدورا ثالثا لأنه هو دور اليأس الحقيقي اذ لا آلام تكون فيه شديدة والعجان متمددا وتمددا عظيما ومنه فعا إلى الخارج بالأس فيكون بروزا مستديرا كما في شكل (٩٠) يوجد خلفه حلقة مخاطية مكونة من الشرج الذي اتسعت فمخه حتى يمكن



ادخال الاصبع فيها بسهولة وبدون تألم أيضا وفي كل انقباض رجى تأتى الرأس زيادة إلى الخارج وفي كل راحة تعود إلى الداخل فتفقد ما اكتسبته من الخروج إلى ان

شكل (٩٠)

يحصل انقباض أكثر قوة فيتوزع العجان زيادة ويظهر كائنه مشرف على التمزق وأخيرا تنفذ الرأس وتظهر مألوفة بقليل من الدم فتدفع حينئذ الانقباضات برهة من الزمن لكن لا تعود الرأس إلى الداخل كما تقدم بل تبقى ظاهرة في الخارج كما في هذا الشكل وحينئذ تتجاوز الرأس المضيق السفلى فتصير بارزة محسوسة في فوهة الفرج فتدفعها بقوة فتشتد الآلام وتسمى بالآلام المكسرة وأخيرا يحصل في عضلات العجان والحلقة الفرجية استرخاء فتفقد المرأة قوتها فتخرج الرأس من الحلقة الفرجية بحركة انقلاب لها فيصعد المؤخر نحو جبل الزهرة حال كون القمة تخرج مع الجبهة والوجه من حافة الشوكة الفرجية وقصير أمام

أمام العجان متى حصل الطلق ثم يتجه الوجه بعد ذلك نحو الجهة الانسية والخلف قليلا للفخذ اليميني ويتجه المؤخرى فهو الفخذ اليسارى (أى فى الوضع المؤخرى الحرقى اليسارى المقدم) ويصير الكتف المقدم أسفل القوس العائى المقدم الفرجى (أى تحصل الحركة الداخلية للأكتاف) ويتجاوز الكتف الخلفى الشوكة الفرجية فيتخلص . ومتى تخلص الصدر انزلنى باقى الجنين الى الخارج ويتبعه خروج كمية عظيمة من السوائل الرجية . وعلى العموم فى وصلت الرأس الى أرضية الحوض يلزم الطبيب ان يرفع مقعدة المرأة حينما تكون مستلقية على ظهرها بالكيفية المتقدمة اذا كانت فى السرير وذلك بوضع جلة ملاآت مطوية تحت المقعدة ليصير العجان مرفوعا ومنظورا جيدا مدة مرور الرأس من الفتحة الفرجية لتداول عرقه وتوضع وسائل دقيقة فى ثنية المثبطين لتسندهما ويكون جمل اهتمامه فى ملاحظة العجان والفتحة الفرجية لانهما يشندان معدهما الى انتهاء مرور الرأس والكتفين من الفرج لان الجزء المقدم من العجان والجزء السفلى من الفرج يساعدان فى اتساعه وقت المرور ولذا يلزم لوفاة شوكة الفرج والعجان من التمرق أن يسند العجان حتى يكون المرور يربطه فبفضل تدرجها حتى يسمح لمرو الجنين من الفتحة الفرجية بدون حدوث غرق وأما اذا كان المرور بخائفا فلا بد من حدوث غرق شوكة الفرج والعجان مهما أسنده الطبيب وعلى كل يلزمه أن يسنده جيدا براحة اليد اليمنى المار من تحت الفخذ اليمنى للمرأة فتكون راحتها



موضوعة على العجان  
وأصابعها الاربعة  
تكون موضوعة  
خارج الشفر الكبير  
الابسر وإبهامها  
خارج الشفر الكبير  
الايمن ثم يتكئ  
براحته على العجان  
البارز وبالاخص  
يكون الضغط بالحافة

الزندية لليد جهة الشرج كما هو مشاره فى شكل (٩١) وبذلك تعطى

هذا الشكل بشيئ لوضع يد المولدة لتسند العجان وبطرف من الرأس من الفرج ومساعدة بسط الرأس بیده الاخرى



السيد العجان وترفع جزء الجنين الضاغط على شوكة الفرج والعجان ولاجل مساعدة بسط الرأس وتلطيف خروجها وبطء من ورها من الفرج يوصى الطبيب المرأة بعدم الطلق في هذا الوقت ويضغط خفيفا بيده اليسرى الموضوعه أعلى وأمام الفرج مؤخرى الجنين ليعطي خروجه من الفرج ما أمكن مع جذب المؤخرى المذكور جزئيا خفيفا والتدريج إلى الأعلى والخلف كما هو واضح في شكل (٩١) المذكور وفي هذا الزمن أيضا يلزم ان لا يترك شيء من الوسائد تحت ظهر المرأة ولا تحت رأسها بل تكون في استلقاء ظهري أفقي تام لتجنب تمزق شوكة الفرج والعجان أيضا . وبالجملة فتدريج القذف وبطؤه هو المهم لعدم التمزق ولذا لا ينبغي اطاعة المرأة ولا اطاعة أهلها في تخليصها بسرعة . وكذا يلزم استمرار هذه الوسائط مدة مرور الاكتاف والجزع من الفرج لانها تفضل فيه وفي العجان ما تفعله الرأس . ثم ان أكثر التمزقات الفرجية العجانية يحصل زمن مرور الاكتاف . وكثيرا ما تكون هذه التمزقات شاملة للشوكة الفرجية أولها والعجان أولها وما والشرج وأحيانا للعجان وللجمع المهبل المستقيم الشرجي . ولا ينبغي ظن امكان تسهيل مرور الرأس من الفرج بدوران الاصبع بين الرأس وجدار الفرج اذ ربما لا ينشأ عن ذلك عمده بل يقلله وينه عضلاته فتقبض أكثر ويؤدي التمزق الفرجي العجاني بل يقتصر المولد على تقليد الطبيعة في الخروج من الفرج بكل بطء ما أمكن لان الرأس كما ذكرنا لا تمر منه الا بعد استرخاء عضلاته وعضلات العجان وفقد هامس ونها . فاذا كانت الام شديدة جدا عند خروج الرأس وصار العجان رقيقا لا معاشرفا على التمزق فبعضهم يوصى بأخذ مقص قوى معقم قاطع جدا من طرفه فيقبل به من كل جهة نحو الجزء الخلقى من الشفر العظيم شقا صغيرا طوله (١) سنتيمتر فيحصل على شقين عوضا عن شق واحد لكن هذان الشقان لا يصلان إلى الاعضاء المهمة بخلاف الشق المتوسط العجاني الناجم عن التمدد القهري فانه ربما وصل إلى مجمع الشرج بل والمستقيم كما تقدم . وزيادة على ذلك وهذه الشقوق الصغيرة لا تخمسها المرأة وتشقى بدون واسطة ويدور أن تترك أثر التحام . ومتى خرجت الرأس يحصل للمرأة راحة بسبب وقوف الانقباضات الرحمية ولكن ينبغي مراعاتها وان كانت قصيرة المدة ففي ابتداء الطلق بعد هذه الراحة يضغط المولد بسبابة ووسطى يده اليسرى وينتهي ما هيئة ملعقة على رقوة الجنين ليعطيه حركة خروج أكثره ومصدره ويبحث بيده اليمنى على ذقه فان لم تكن تجاوزت الشوكة الفرجية خلصها منها بضغطة يده على الشوكة ثم بعد ذلك يبحث به يده هذه اليد أيضا على الفم فاذا وجد مغمو را في السوائل الخارجة خلصه منها لتجنب دخولها في فمه

عند فعل أول شهيق تنفسي ثم تبصت هذه اليد أيضا عن العنق اذ ربما يكون محاطا بلغة  
أولفات من الحبل السرى فاذا كان محاطا لم يجتهد في تخليصه بمرور سبابة هذه اليدين الحبل  
والعنق وتخليص الحبل الذى قد يحدث اختناق الجنين بضغطة على عنقه فاذا لم يمكن  
تخليصه يوضع على الحبل الملفوف على العنق جفتان صغيران ذوا ضغط مستمر في نقطتين  
متباعدتين عن بعضهما ثم يقطع الحبل بينهما بمقص كال الطرف ثم يسرع في اخراج الجنين  
خوفا من حدوث موته . ومتى تم الدوران الخارجى للرأس ضبطها المولدين يديه من الجانبين  
وجهاها الى الأسفل الى أن يصير القفام تركزا على شوكة الفرج ثم يحفظها في هذا الوضع  
بيده اليسرى ويدفع بسبابة يده اليمنى التى صارت خالصة السطح المقدم للطرف العلوى  
المقدم بلطف تحت ظهر الجنين فهذا العمل يتجه الطرف المذكور نحو الخط المتوسط لظهر  
فيقل القطر الاخرى المزوج فيتحلل حينئذ مرق هذا الطرف من أسفل المجمع المقدم  
للفرج واذا دفع الطرف العلوى المذكور الى الخلف أكثر من ذلك تخلص أيضا ساعده ويده ثم  
بعد ذلك يضبط المولد الرأس من الجانبين أيضا ويجذبها بلطف مع رفعها قليلا تبع المحور القفصية  
الفرجية مع ملاحظة العجان دوما ولكن يوقف الجذب مع مسند الجنين في كل انقباض  
رحى ومتى ظهر الكتف يضع المولد سبابة يده اليسرى في الحفرة تحت الابط الخلقى ويجذب  
الجنين بها ويجذب بيده اليمنى رأسه فهذا العمل يخرج الكتفتان . (تبيينه) لا ينبغي  
اسراع اخراج الكتفين من فتحة الفرج عند فعل الجنين حركة شهيق قوية لأن هذا الشهيق  
لا يدل على حصول خطرله كما أنه ينبغي أن يلاحظ الحركة الطبيعية الداخلية التى تفعلها  
الاكاف أى اذا أدخل المولد اصبعه تحت أحد الابطين يلزم أن يجذب بكيفية مما يدور أحد  
الابطين الى الامام والاخر الى الخلف فاذا أراد المولد حينئذ اخراج الاكاف بسرعة فيكون  
الجذب بالاصبع الموجود تحت الابط الخلقى ولكن الاحسن عدم الاسراع كما تقدم . ومتى  
خرج الكتفة ان خرج باقى الجنين حينئذ يضبطه المولد وأحد المساعدين باليد في محاذاة  
صدره لامن ذراعيه أو يرفعه من أحد جنبيه مسنودا على يد المولد والمساعد موجه وجهه  
الى الأعلى والجانب لسهولة التخلص منه من السوائل والمخاط وسهولة تنفسه ويساعد التخلص  
فيه وحلقه من المخاط باصبعه أو بواسطة ريشة أو وزرغهم معقمة تدخل في الفم والحلق وتدور  
لكسح المخاط الى خارج فم الجنين ثم يبحث الجنين جيدا ومتى وقف نبض حبله السرى ومضى  
على ذلك نحو دقيقتين وضع على الحبل بعيدا عن سر الجنين بأربعة سنتيمترات جفتا صغيرا اذا

ضغط مستمر أو يربط الحبل في هذه النقطة بباطن جفتا آخر أبعد من الأول نحو المشيمة بأربعة سنتيمترات أو يربط الحبل هناك أيضا ثم يقطع الحبل بين هاتين النقطتين وتكون جميع هذه الاعمال بدون شد على الحبل وذلك لتجنب الفصل المبكر للمشيمة . وعلى كل لا يلزم ضغط الحبل بالجفوت أو ربطه ثم قطعه قبل أن يتنفس الجنين ويصبح . متى قطع الحبل وفصل الطفل من والدته يعطى للنوط بخد منه ( وسنعود للكلام على الطفل في فصل خاص به ) . ثم بعد فصله يلزم المولدة أن يفعل للراة في الحال زروقات مهيبة مخنة معقمة ينظف بها الفرج والعجان والفخذين ثم تحفف هذه الاعضاء بالعطن المعقم ثم يضع في فوهة الفرج كرة من غاز البودفورم تاركها خارجة الطرف المشيمي الحبل السرى الذى يقطع لفصل الطفل من أمه ثم يبحث عن مثانة الأم فيستقرغ ما فيها من البول بالقسطاير لأن تعدد المثانة بالبول يعوق رجوع الرحم على نفسه وبذلك تقف انقباضاته التى هي ضرورية لتقذف الخلاص فتعرض الرحم حينئذ للخمود والزيغ وبعد تنميم ما ذكره رفع الملائات الملوثة التى تحت مقعدة المرأة وتستعاض بغيرها تطيفة معقمة . وإذا كان المهي بالوجه يلزم بمجرد خروج الذقن تحت القوس العائى سند العجان باحتراس كلى خوفا من انضغاط العنق تحت الارتفاق العائى واحتقان الملح . متى خرجت الرأس خرج الكتفان وباقي الجنين كما في المهي بالقمة . وإذا كان المهي بالمقعدة أو بالاقدام ينبغي حفظ جيب المياه بقدر الامكان وتركه ليتحرك من نفسه ثم بعد تمرقه لا يسرع بجذب الجزء الظاهر من الفرج لأن ذلك عمل ردىء بل يترك انقذاف الجنين للطبيعة أو يبطشه الطبيب بوضع سبابة ووسطى يده اليسرى على الجزء البارز ويضغط عليه خفيفا لانه اذا جذب من جزئه الظاهر من الفرج بسرعة عنيفة يحصل انبساط الذراعين والرأس وهذا خطر يجب الاحتراس منه . متى خرجت المقعدة يلقى اصبعه تحت السرة في محاذاتها ليرى ان كان الحبل مشدودا أولا فاذا كان مشدودا يجذب منه عروة الى الخارج فاذا لم يمكن جذبها تقصر الحبل بسبب التفافه حول عنق الجنين بوضع جفت صغير ذو ضغط مستمر عليه بعيدا عن السرة ما أمكن ثم يوضع جفت آخر بعيدا عن الاول ثم يقطع الحبل من بين الجفتين ثم يسرع في انتهاء الولادة لكلايهلك الجنين بالاختناق . وأما اذا كان الحبل غير مشدود ودخل بين فخذي الجنين فيجتمد في خلاصه من الخلف كي يمكن وضعه على عجان المرأة لا تحت القوس العائى لانه اذا كان تحته ينضغط بدون شك ولكن لا يسهل اجراء هذه الاعمال الا عند مشاهدة قرب ألبتي الجنين من الفرج وتكون المرأة في هذه الحالة موضوعة

بالعرض على سريره بالكيفية التي سندكرها ان شاء الله تعالى عند شرح التصويل الداخلي . ثم ان خروج قلب من العقي في المجيء بالمقعدة لا يكون علامة رديئة كما في حالة المجيء بالرأس أو بالكشف لانه قد يكون هنا تيامن الضغط الحاصل على بطن الجنين بحافة الفتحة الرجبية أو بالقناة الفرجية المهبلية بخلاف خروج كثير من العقي من شرح مسترخ كأنه مشلول فانه يعلن بحصول ضغط الحبل السري واضطراب عظيم في الدورة الجنينية وحينئذ تلزم المبادرة باستخراج الجنين اذا كان حيا لكن متى عرف بالسمع ونبضات الحبل السري الذي يجذب الى الخارج أن الجنين ليس في خطر فلا حاجة للاسراع بخارج الكتفين والرأس بالجذب بل الافضل تركه انقذف هذه الاجزاء للانقباضات الرجبية وحدها اذ بالجذب تنبسط الاذرع والرأس ولذا يلزم في التوسط الا اذا عرف ان الجنين في خطر بسبب ضغط الحبل السري أو باضطراب الدورة الرجبية المشمية حينئذ يجذب الجنين ولاجل ذلك يحاط الجزء الخارج من الفرج كالساقين أو المقعدة بخرقة ناعمة معقمة ثم يضبط المواد باليد كما هاذ الجزء ويحبسه ببطه وحي كان المجيء كاملا فلاذي يضبط أو لاهو المقعدة واذا كان غير كامل فالساقان ثم الفخذان ثم الحوض وفي جميع ذلك يجذب بلطف وببطه ما أمكن مع الاحتراس أيضا وهذا الجذب يصلح بفعل حر كالتواء الجنين اذا كان ضروريا بتوجيه الطهر جهة أحد النوايف الحقيقية للرأ مع ضغط قاع الرحم بمساعدته ولا ينبغي ضبط الجنين من أحد أجزاء جسمه المرتفعة عن المقعدة اذ ضبطه باليد ين من بطنه أو صدره لا يتخلو عن خطر . فاذا لم يبق في تجويف الحوض الا الرأس وكانت منتبئة انثناء لا تقاها لاسهل في اخراجها رفع الجنين بكلية جهة بطن أمه . وبذلك تخرج الذقن فالوجه فالجبهة فالفم أمام العجان وتنتهي الولادة ولا يبقى في الرحم الا الخلاص وحينئذ ترفع المالات القذرة ويفعل للمرأة الزوقات كما تقدم ومتى انقذف الجنين انقذف بعده غلافه ومشيته بطريفة طبيعية ليقى الرحم في راحته . وهذه ولادة ثانية تابعة للولادة الطبيعية سهلة فيها وتكون صعبة أحيانا في غير هامل الاجهاض . وكما تحصل في ولادة الجنين طواهر فسيولوجية وطواهر ميكانيكية تحصل كذلك هذه الطواهر في ولادة الخلاص فالطواهر الفسيولوجية هي الانقباضات الرجبية المؤلمة (أي الطاق) . والطواهر الميكانيكية تنقسم أزممتها كما قال المعلم (بودولوك) الى ثلاثة . الزمن الاول انفصال المشيمة والاغشية والثاني مرور المشيمة في المهبل والثالث قذف المشيمة خارج أعضاء التناسل . ففي الزمن الاول يرجع الرحم على نفسه بعد قذفه الجنين ويتناقص تجويفه

شياً فنياً . أما المشيمة فلكونها سبكة وملصقة بسطح الباطن فلا تنكسر حتى تبسح  
تتأخر تبججه بل تنفصل شيئاً فشيئاً بمرق الاوعية الرابطة لها بالسطح الباطن للتجويف  
الرحم في وجود هذه الاجزاء داخل الرحم ينتبه ويرتداد انقباضه فيزداد تمزق الاوعية الرابطة  
ويتم الانفصال فتارة يحصل الانفصال من المركز الى الدائر وتارة من الدائر الى المركز . ففي  
الحالة الاولى ينفصل أولاً الجزء المركزي للمشيمة والدم الذي يخرج من الاوعية المتفرقة يبقى بين  
هذا الجزء وسطح الرحم وبذلك ينخفض الجزء المركزي للمشيمة الى أسفل جهة عنق الرحم  
بمخلاف الدائرة المشيمية التي لم تنفصل فانها تبقى الى أعلى فتصير المشيمة منقلبة كالشمسية التي  
تقلب من مصادرة الريح العاصف لها ثم تنفصل من الدائر شيئاً فشيئاً وهي منقلبة . وفي الحالة  
الثانية يبتدئ الانفصال تارة من الجزء العلوي لدائرة المشيمة أولاً ويستمر الانفصال شيئاً فشيئاً  
الى الجزء السفلي من دائرتها وفي الجزء العلوي الذي انفصل أولاً يتراكم الدم الخارج من  
الاوعية التي تمزقت فيكون كبساً وتارة يبتدئ الانفصال من الجزء السفلي لدائرة المشيمة  
ويستمر شيئاً فشيئاً من أسفل الى أعلى وحينئذ تلف المشيمة على نفسها من أسفل الى أعلى  
أيضاً ولكن نوع هذا الانفصال نادر الحصول . وعلى العموم متى تم الانفصال سقطت المشيمة  
بثقلها في الجزء السفلي للرحم جاذبة معها الاغشية الجنينية ولا تنحسر في عنق الرحم الا اذا تم  
انفصال جزء عظيم من امتداد هذه الاغشية . ففي أغلب الاحوال تسقط المشيمة في عنق الرحم  
بسطحها العسائي الاملس وفي النادر تأتي بمخافتها . ففي حالة انفصال المشيمة من المركز لا يحصل  
نزف غزير مدة الانقذاف وفي حالة الانفصال من الدائر يسبق انقذاف الخلاص نزيف  
غزير . وفي الزمن الثاني من الطولاء - الميخانكية - يمر الخلاص في المهبل . فحق وصلت  
المشيمة مع الاغشية الى أعلى جزء العنق المسمى بالبرزخ أو ( حلقة بارتل ) صارت غير متأثرة  
بالانقباضات الرحمية بل تتأثر بثقلها فتسقط ولذا يتأخر وصولها الى المهبل بعد خروج  
الطفل بنحو ٤ دقيقة تقريباً . وفي الزمن الثالث منها يمكث الخلاص في المهبل نحو ساعة  
الى ساعتين لان المهبل صار غير قابل للانقباض بسبب التعب الذي حصل له مدة انقذاف  
الجنين فيمكث ممتداً من اطول ولا يعود الى مرته الا تدريجياً . وعقب خروج الخلاص  
من المهبل يخرج في الغالب جزء من الدم قد يكون كثيراً وقد يكون قليلاً . وقد لا يخرج دم  
أصلاً . فهذا الذي ذكره وسير ولادة الخلاص الذاتية ومدته تكون طويلاً عند بكرات  
الولادة وقصيرة عند متكرراتها فتكون عادة عند متكرراتها نحو نصف ساعة في الولادة  
الطبيعية التامة المدة . وقد يتم انفصال الخلاص عقب ولادة الطفل ببعض دقائق . وقد  
يتأخر بجملة ساعات

(في واجبات المولود من ولادة الخلاص) - اذا تمت ولادة الطفل ولم تتم ولادة الخلاص يلزم المولود أن يقف على عيني المرأة واضعا يده اليسرى على قاع الرحم ويكبسه خفيفا لينبه انقباضاته ويحبس بيده اليمنى نبض المرأة ليعرف قوته وانتظامه مع النظر الى هيئتها وسؤالها عن حالتها العمومية حتى اذا أدركه أدنى ظاهرة تدل على حصول نزيف بادرى الحال لبحث الاعضاء التناسلية الباطنة وعمل اللازم لا يقافه فيفعل زروقات مخزنة في الرحم والدم الذي يسيل عادة عقب خروج الطفل لا يعتبر نزيفا حقيقيا فلا يخشى منه ولا لزوم لمعالجته . ثم ان هيئة المرأة واحساساتها العمومية هما اللذان يرشدان المولود الى وجود نزيف أو عدمه ولذا يلزمه أن يمكث عندها بعد خروج الطفل نحو نصف ساعة فاذا لم يخرج الخلاص يعمل لها التعقيم كما سبق ثم يمسك الحبل السرى باحدى يديه ويدخل بجواره سبابة اليد الاخرى في المهبل فقد يجد الاصبع في المهبل المشيمة وتارة لا فاذا لم يجد الاصبع شيا يخرج به بدون فعل أدنى جذب في الحبل السرى وبعد خروج الاصبع يفعل للمرأة زروقات معقمة أخرى تكون خراوتها من (٤٠) الى (٤٥) درجة وتكون أنبوبة الحصة من بالور ومنتبهة بطرف رفيع متسع الثقب فهذا الماء ينظف المهبل ويحترض الانقباضات الرجعية وبعدها هذه الزروقات يضع كرتة من غاز اليود وفورم أو الشاش المعقم في فوهة الفرج وينتظر مع فرك الرحم باليد وضغطها عليه ببطء تدريجيا بدون أن يؤلم المرأة ثم يفعل جس مهبل ثانيا بعد مضي ربع ساعة من الجس الاول فاذا لم يجد الاصبع المشيمة في المهبل يكرر فعل ما تقدم فاذا مضى نحو ساعة مع هذه الاعمال ولم يخرج الخلاص يلزم اخراجه باليد والحذر ثم الحذر من جذب الحبل السرى أما اذا وجد الاصبع المشيمة أمامه فيلزم ضبطها بالاصابع واخراجها وقد توجد منفصلة من جذر الرحم واقفة أعلى عنقه فيفعل للمرأة حينئذ زروقات مهبلية معقمة مخزنة في درجة (٤٥) مع تكميس الرحم وتؤمر بالطلق فتقبض عضلاتها البطنية ويستمر على هذا العمل نحو ربع ساعة فاذا خرج فيها والا فلا بأس من تكرار هذا العمل مره ثانية متقرب ربع ساعة أخرى فان لم يخرج يلزم اخراجه باليد كما تقدم والحذر أيضا من جذب الحبل السرى وقد يكون بعض المشيمة نازلا في عنق الرحم فيفعل فيه ما تقدم من الاعمال مع أمر المرأة بالطلق وقد تكون المشيمة جميعها نزلت في عنق الرحم فتخرج بالجبذ ولا جيل ذلك يغلف المولود به اليمنى بخرقه ثم يضبطها الحبل السرى بين الخنصر والبصير وراحتها ويلف الحبل على السبابة والوسطى من هذه اليد

ويحفظه ملفوفاً بضغطة بين الإبهام والسبابة والوسطى ويضغط براحة اليد اليسرى على قاع الرحم ليخفضه بينما تجذب اليمنى الحبل السرى جذبا بطيئا مستمرا في اتجاه مخالف لاتجاهه بمعنى ان الحبل السرى اذا كان متجها الى الامام كان الجذب نحو شوكة الفرج واذا كان الى الخلف كان الجذب الى الامام واذا كان جهة اليمين كان الجذب جهة اليسار واذا كان جهة اليسار كان الجذب جهة اليمين وبذلك يتخلص الجزء المشيمي الذي يكون باقيا بدون تخلص . واذا منع سطح السرى توجيه اليد الجاذبة للحبل الى الخلف عقم الطبيب يده اليسرى بعد تركه قاع الرحم ثم يدخل السبابة والوسطى في أول الفقرة الهبلية متباعدتين عن بعضهما قليلا ويجعل الحبل السرى في الميزاب الناشئ عن وضع هذين الاصبعين وعليهما يصير الحبل كانه موضوع على بكرة ثم يضغط بهما على الشوكة وبذلك يتباعد عنها فيمكن توجيهه الى الخلف بالجذب حينئذ . ثم هذا العمل يخرج المشيمة المنفصلة مع الاغشية في أغلب الاحوال بدون مجهود وأحيانا يصح حل بعض صعوبات في خروجها وقد تكون المشيمة قريبة من الفرج ولكن عدم خروجها يكون ناشئا عن عدم انفصال بعض أجزائها من تجويف الرحم ولذا لا يلزم جذبها بل يدخل الموليد المعلقة فيه ويفصل بها هذه الأجزاء بدون تمزقها ثم يخرج الخلاص بتمامه وأما اذا وصل الخلاص الى قرب الفرج بدون التصاق فيخرج باليد ببطء بواسطة اليد على نفسه ثلاث مرات أو أربعة وفي الغالب يخرج كبة من الدم عقب خروج الخلاص . ويلزم عقب خروجه أن ينظره الطبيب ليعرف ان كانت الاغشية والمشيمة خرجت تامة أولا وهذا البحث ضروري جدا لا ينبغي اهماله في حالة من الاحوال . والاغشية تكون مكونة لكيس مفتوح من أحد أطرافه وفي وسطه الكيس توجد المشيمة التي تكون مكونة من فصوص ذات لون أحمر معتم ثم يظلب الكيس ويبحث سطح المشيمة بكل دقة ليعرف ان كان جميع فصوصها موجودا أولا فاذا وجد في سطحها أجزاء مختلفة ألوانها عن اللون العموي لها لزم الالتفات لهذا الامر لان ذلك يدل على بعض تمزق ووجود بقايا للمشيمة في الرحم فاذا كان الناقص جزءا صغيرا سواء كان من الاغشية أو من فصوص المشيمة لزم أن تفعل زروقات ماء سخن داخل الرحم فربما يخرج هذا الجزء مع سائلها الى الخارج فاذا كان الجزء الباقي كبيرا أخرجه باليد بعد تعقيمها وبعد اخراجه تفعل زروقات متظفة داخل الرحم ليتخلص من جميع المواد الموجودة داخله فتقطع الام الرجية التي تحصل للرأ عادة عقب خروج الخلاص وتقطع ايضا الأوتة

التابعة

التابعة لان الرحم مادام خاليا من شيء داخله لا يحصل للمرأة نزيف ولا ألم رجي . ولعل الزروقات المنطقفة الرجية يدخل الحبس الرجي ذو الطيار المزدوج بالكيفية السابقة حتى تأكد المولاد من أن الحبس صار داخل تجويف الرحم بوصلة بالجهاز المحتوى على (٢٠٠٠) جرام من الماء المغلي جيدا مدة نصف ساعة ثم بعد زرق هذا السائل في الرحم بوضع في الجهاز نصف لتر من المحلول السليمانى المكون من (٢٥) سنتغرام من السليمانى و (١٠٠٠) جرام من الماء المغلي وجرام من حمض الطرطريك ويزرق في الرحم أيضا وفي كليهما تكون حرارة السائل (٤٥) درجة وتكون قبة الحبس مرفوعة الى أعلى ما أمكن أثناء عمل هذه الزروقات وتوجه في جميع الاتجاهات داخل تجويف الرحم . فالزروقات الاولى معدة للغسل واخراج جميع المواد التي قد تكون داخل الرحم ومساعدة لتعقيم تجويفه الذى يتم بالزروقات الثانية لانه لا يكون لها تأثير اذا كان في الرحم جلط دموية أو فضلات من الأغشية أو من المشيمة . وبعد تنظيف الرحم بالكيفية المتقدمة ينظف المهبل أولا بالزروقات بسيطة ثم بالزروقات معقمة كما فعل في الرحم ثم ينظف الفرج بهذه الكيفية نفسها ويوضع في فوهته جزء من غاز اليود وفورم فوقها كرة من القطن المعقم أو من الشاش المعقم ثم ينظف الفخذان وترفع الملاآت الملوثة ثم يحفظ غيار الفرج برباط على هيئة شكل التالفونسوى ويكون هذا الرباط معقما ومثبتا في لفافة بدن معقمة أيضا وملفوفة على بطن الوالدة وجذعها

(ملحوظة) - قد تكون المشيمة ساقطة في عنق الرحم بسطحها الرجي لا بسطحها الجنينى ويجب تدبير ذلك الاصبع بعلامته لهذا السطح أجزاء رخوة ذات حديدات ففي هذه الحالة يلزم عدم جذب الحبل السرى بل يقتصر على تكليس الرحم أى تدليك وعمل زرورات مهبلية معقمة مرفوعة الحرارة كما تقدم ثم ينتظر بعد ذلك فاذا لم يخرج بفعل التخليص الصناعى كما سبق . وقد تأتى المشيمة بمحافتها فيحصل على العموم نزيف يمتد من (٣٠٠) الى (٤٠٠) جرام بدون خوف ولذا لا يفعل زيادة عما سبق ذكره لخروجها عادة . فاقدم من هذه الاعمال الخروج الخلاص يسمى بالطريقة الاختيارية أى الطبيعية وهناك طريقة أخرى تسمى القهرية وهى أنه عقب خروج الطفل وربط حبله السرى وقطعه يضغط الرحم بقوة وبذلك بشدة أيضا حتى يخرج الخلاص . وهذه الطريقة سريعة لاخراجها لكنها مؤلمة جدا فاذا اضطرت لسرعة اخراجها فالأفضل دخول اليد في الرحم وفصل المشيمة ثم اخراجها كما سنذكر ذلك مفصلا في العوارض التي تطرأ عقب الولادة ان شاء الله تعالى



تثبيته ) اذا وجد متزق في الجفان أو في الزاوية الخلفية للفرج أي المجمع الفرجي خيط قبل وضع الغيار وقد يكفي أن تكون لثافة البدن التي يلف بها بطن المرأة وجوفها مكنونة من فوطه طويلة عريضة معقمة من قماش أو من فانيلاموشحة في حافتها السفلى بأشرطة لتنزل وتغمر أمام الغيار الموجود أمام الفرج وبذلك يستغنى عن الرباط تأتي للشكل . وينبغي للولد أن يقصص حالة الثديين ويسندهما بالطن المعقم ويحفظهما برباط عريض من الفانيلام اذا اقتضى الحال . وعلى الموم يلزم غسل الحلمات وهاتيهما بمحلول دافئ من حمض البوريك ثم يغطيان بشاش معقم مدحون بحرهم الحاض المذكور . وإذا كان البود شديد اتساخ أطراف المرأة بزجاجات ملوثة بالماء الساخن لتدفتها وهي مستلقية على ظهرها ثم يضبط الطبيب نبضها ويستمرضا بطلاه نحو نصف ساعة وعادة يكون نبضها أكثر سرعة ومثلثا . وإذا ترك المولد المرأة بعد ذلك لزمه أن يتركها أحدا يلاحظ نبضها ولونها ولون الغيار الموجود على الفرج مدة نومها اذ ربما حصل أثناء غيابها عنها نزيف .

( في حالة أعضاء تناسل المرأة بعد الولادة ) - يحصل في أعضاء تناسل المرأة بعد الولادة ظواهرها تأخذ طبيعتها وحالتها التي كانت عليها قبل الحمل . فالفرج والمهبل اللذان تمددا وتسلفا يعودان لانساعهما الطبيعي وتلحم تسلفاتهما . وكذلك الرحم يرجع على نفسه فينقص حجمه شيئا فشيئا حتى يصير طبيعيا . وبالبحث بالحافة الزندية للبدن على حجمه وموضعه بعد دخرواج الخلاص يوجد تقريرا أعلى من السرة ثم يصير أسفل منها بخواربعة أصابع تقريرا بعد الأسبوع الأول ثم يصير أعلى الارتفاق العاني بخوسته أو سبعه أصابع بعد مضي خمسة عشر يوما الأولى ثم يعود جسم الرحم الى حجمه الذي كان عليه قبل الحمل بعد مضي شهر الى شهر ونصف . وأما عنق الرحم فيعود في الحال عقب الولادة الى حالته الطبيعية تقريرا لكن يبقى رخو امدة من الزمن ومستطرقا مستطرقا فامتسعا بالجزء السفلي لجسم الرحم ثم يصير بعد زمن قليل كما كان قبل الولادة لكن مع بعض تنوع فيه أي يصير قصيرا وفتحته مستعرضة بهما يزاب ندبي والغشاء المخاطي الرحي يتكون كذلك \* والظواهر الرجسية التابعة أي التي تحصل بعد دخرواج الخلاص تصطبغ بسيلان رحي مكون من دم وكرات بيضاء وفضلات بشرية يسمى (لوكي) أو السائل النفاسي ويكون دمويامدة يوم أو يومين أو ثلاثة من ابتداء زوله ثم مدما ثم مخاطيا وتنقص كميته عادة من ابتداء اليوم السادس ويصير حينئذ كرشح ذي رائحة مخصوصة وقد يستمر زوله أكثر من أسبوع وقد يستمر

يستمر على حالته النموية أكثر من ثلاثة أيام . ووجود الآلام الرجبية بعد الولادة ليس طبيعياً فلذا قد لا توجد وإذا وجدت كان ذلك دليلاً على وجود جلد دموي أو فضلات أو سوائل في تجويف الرحم فينقبض لغذفها . وكذلك تعود الأعضاء التابعة للرحم إلى حالتها الطبيعية بعد الولادة فتقبض المرأة عقبها بستة أسابيع أو ثمانية إن لم ترضع وهذا يسمى رجوع الحيض . وقد يحصل لديها بعد مضي (٢٠) أو (٢٥) يوماً من الولادة تسيلان دم من الرحم لكنه ليس حيضاً ولا ناشئاً عن وجود دم من رحمي بل قد يكون ذلك ناشئاً عن التزلز المبكر للفرش لأنه يحصل به احتقان رحمي حينئذ . والجدر البطني الذي كان متمددة مسترخية تعود إلى مرونتها فتصير البطن صغيرة . وقد لا ترجع إلى تمام مرونتها بل تبقى ضعيفة المرونة مسترخية نوعاً ويفقد جلد البطن كذلك مرونته فيتكسر وتضيق الشقوق والمادة الجعشمية مستمرة لكن التلونات الأخرى للجلد والوجه تزول في الغالب . والافراز البولي يكثر في الأيام الأولى التابعة للولادة لأنه كان قليلاً مدة الحمل . وضربات القاب تصير بطيئة مدة الثلاثة أيام الأولى في كثير من الأحوال والشهية والهضم يعودان ولكن على العموم يوجد مسالك . والثديان يكبدان تنوعاً مخصوصاً لكونهما يؤثريان بعد الولادة وتطبعتهما . والافراز البني ينشأ من اليوم الثاني أو الثالث بدون حي وإذا وجدت كان ذلك دليلاً على التسمم العفن النفاسي . ويلزم تنقيص افراز اللبن عند من لم ترضع بإعطائها أو لأمسها لثمة نوع الفلية أو مطبوخ جذور القصب الفارسي أو بإعطائها الانيبيرين أو البيلوكرين مع دهن الثديين بمرهم خلاصة الشوكران ثم تغليفها بالقطن المعقم ورفعها برباط ووضع المرأة في الحمية . وقد يحصل في غالب الأحوال للمرأة بعد الولادة شعيرة بدون ارتفاع في الحرارة بسبب التعب الذي حصل لها من الولادة وهي غير مخيفة بل قال المتقدمون إنها فال حسن . وعادة لا تزداد الحرارة في الولادة الطبيعية السهلة وتزداد قليلاً في الولادة الطبيعية الطويلة التي تسبب التعب فقد تصل إلى ثمانية وثلاثين درجة سنجراد فإذا زادت عن ذلك واستمرت كان دليلاً على التسمم العفن النفاسي لأن الآلة فاع الناجم عن التعب يزول بعد بضع ساعات من الولادة إلى يوم فقط ولذا يلزم أخذ مقياس الحرارة مرتين في اليوم بوضع الترمومتر تحت الإبطين ثم يغسل بمحلول السليمانى عقب كل وضع . وينخفض النبض إلى ٦٠ أو ٥٠ أو ٤٠ نبضة في الدقيقة ويستمر على ذلك مدة تختلف من ثلاثة إلى خمسة أيام ثم يعود ويرتفع إلى عدده العادى (٧٥) نبضة في الدقيقة فيلزم الطبيب أن يحس النبض مرتين في اليوم مدة الأسبوع الأول من الولادة ليسأدر بانخفاض ما يلزم لكل حالة

فيما يلزم للرأى في الايام التالية لليوم الاول من الولادة - يلزم أن يغسل مهبل المرأة وفرجها مرتين في اليوم مدة الاسبوع الاول بالزروقات المعقمة بالماء المغلي أولاً ثم بمحلول السليماني ثانياً وبعد ذلك يجفف ثم يوضع في فحمة الفرج كرة من غاز اليودوفورم والقطن المعقم ورغادة معقمة ورباط معقم يثبت في اللقافة البدنية ويفعل ذلك مرة واحدة في اليوم مدة الاسبوع الثاني ويكون المستعمل للتنظيف الخرق المعقمة لا الاسفنج لانه يلزم رفضه كلية في تنظيف أعضاء الولادة ثم ان هذا الغسل يكون عقب قضاء كل حاجة طبيعية أيضاً والأحرى عدم عمل زروقات مهبلية قبل مضي عشرة أيام متى كانت الولادة طبيعية للطفل والخالص . وينبغي أن تكون الأنبوبة المهبلية من الزجاج أو من الصيني أو الصمغ المرن وتعقم قبل العمل وبعده ثم توضع دائماً في سائل معقم مدة الفترة ولا تخرج منه الا عند الاستعمال ثم ترديه بعد تنظيفها وتعقيمها . يغسل الثديان بمحلول حض البوريك الساخن عقب كل رضاع وبعده تدهن الحلمة بالفازلين البوريكي . وينبغي ملاحظة حالة التبرز لدى المرأة لطء حركة أمعائها فان لم تبرز عمل لها كل صباح حقنة شرجية محتوية على ملعقتين من الجلسرين ثم يوضع تحت مقعدتها وهي مستلقية على ظهرها وقت التبرز قصرية مفرطحة ولا ينبغي التصريح لها بالقيام من فراشها . وقد لا يتبول المرأة بالطبيعة في الايام الاول التي تنبع الولادة الطويلة المدة أى يوجد حصر تام أو غير تام للبول وهذا نتيجة ضعف المثانة الناجم عن تعب المرأة بالطلق . ويعصب هذا الحصر أحياناً نزلة خفيفة مشانية ولذا يلزم المولود أن يسأل الوالدة يوماً إن كانت بالثأ ولا فان لم يكن ذلك وكانت المثانة غير ممتلئة يكفي صب ماء مضمخ على العانة والفرج لاجل تحريض انقباض المثانة والتبول وان كان الانحسار تاماً فلا ينتظر امتلاء المثانة وتعددها بل تفعل القسرة لانخراج البول ويكرر ذلك كل أربع ساعات و لاجل قسرة المرأة وهي مستلقية على ظهرها يكفي تباعد الفخذين وانشائها على البطن ثم يترك تحت مقعدتها اناء لقبول البول أو يوضع قرب الفرج ويتذكر المولود أن فحمة قناة مجرى البول موجودة بين الشفرين الصغيرين أسفل البطن في الجزء السفلي من دهليز الفرج أعلى الحدية المقدمة المهبلية فيكفي تباعد الشفرين الكبيرين ثم الصغيرين باليد لجوده أو عقب كل استفراغ بولي يحقن في المثانة كمية من محلول بوريكي فارتتنظيفها بواسطة القساطير ولا يحقن في كل دفعة الا من أربعين الى خمسين حراماً من السائل والحقن يكون بواسطة طلمبة وبقوة ثم تخرج أنبوبة الطلمبة وتترك

السائل ليخرج من نفسه ثم يكرر ذلك بجملة دفعات في كل تبول . وكمية السائل التي تقطن في كل غسل تختلف باختلاف الحالة ومتوسطها يكون مائتي جرام

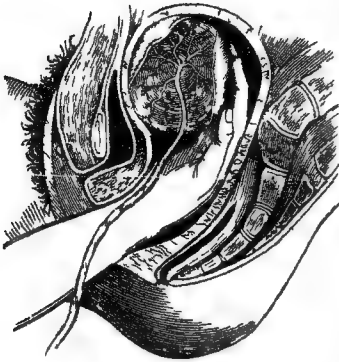
( في تغذية الوالدة عقب الولادة ) . يصرح للوالدة بتعاطي بعض الاغذية السائلة من أول يوم الولادة وذلك كالشورية والبن لانه جيد في الايام الاول . وبعد مضي ( ٢٤ ) ساعة يمكنها أن تتغذى كعادتها ان لم يوجد عندها تغير ما فاذا وجد التبا الطيب الى أن يعين لها غذاء مخصوصا مناسبها . وان لم ترضع المرأة طفلها لا يعطى لها الاقليل من الاغذية . ويلزم أن تكون درجة حرارة غرفة الولادة في فصل الشتاء من ( ١٧ ) الى ( ١٨ ) درجة . ومن الضروري تغيير هوائها فاذا كانت متصلة بغرفة أخرى فحقت منافذ الاخرى مع الاحتراز من تبريد الوالدة . ولعند تعرضها لتيار الهواء مدة تغير في الغرفة يلزم أن تغطي بغطاء من الصوف اغاية عنقه او يحاط سريره بأشياء يعوق الهواء مثل ( قارندا ) او مواد أخرى

في مدة اقامة الوالدة في الوضع الظهرى على فراشها لا يلزم المرأة أخذ وضع عمودى الا بعد أن ترجع اعضاء تناسلها الى الحالة التي كانت عليها قبل الحمل والوضع والاخذ الرحم بسبب ذلك أوضاعا معينة . وعند ذلك يصاب في أغلب الاحوال بالتهابات باطنية واذن فلا يمكن ان تقضى أشغالها الاعتيادية عقب الولادة الطبيعية الا بعد مضي خمسة أو ستة أسابيع أو ثمانية . في الاسبوع الاول لا تنزل الوضع الظهرى في سريرها وفي الاسبوع الثانى والثالث يمكنها الجلوس فيه غير تاركه بل لا يسمح لها إلا بالارتفاع طهرها قليلا بواسطة وسائد توضع خلف ظهرها ثم بعد مضي بعض أيام تجلس في سريرها لتغذى وترضع طفلها وفي الاسبوع الرابع يمكن التصريح لها بترك السرير وتسطيعها وتعددها على كرسي طويل مدة ساعة في اليوم ابتداء ثم مدة ساعتين وهكذا تدريجيا كل يوم بحالقتها . وبعد مضي شهر يصرح لها بالمشي قليلا في غرفتها ولا تخرج من منزلها الا بعد الاسبوع الخامس فيكون أول خروج لها في مركبة تشي الهوينى وبعد ذلك تخرج ماشية على أقدامها مدة قصيرة وخروجها يتعلق بحالة الرحم فلا يسمح لها بذلك الا بعد أن يصير الرحم في الخوض كما كان قبل الحمل فاذا تأخر عن ذلك في هذه المدة فيستعان على رجوعه الى حجمه الاول بتسكيه بلطف ( مساج ) وعمل زروقات مهبليسة حرارتها ( ٤٥ ) درجة تقع نافورتها على عنق الرحم ولا يصرح للمرأة بالسفر والسياحة والرياضة الا بعد مضي ثلاثة أشهر من الولادة

كما لا ينبغي أن تجتمع إلا بعد مضي ستة أسابيع من الولادة لأن ذلك يحدث احتقاناً في الأعضاء التناسلية فيؤخر رجوع الرحم والميضر والاربطة إلى حجمها ووضعها الطبيعي وبعضهم لا يصرح للرجل بجماع المرأة الوالدة إلا بعد حصول أول حيض بعد الولادة . ويلزم المرأة أن تلتزم الفراش طول مدة الحيض الأول لتجنب الانزفة الرجمية  
( في العوارض التي تطرأ على المرأة عقب الولادة )

**وفي التصاق المشيمة** - من العوارض التي تطرأ عقب خروج الطفل التصاق المشيمة بسطح الرحم التصاقاً متيناً بحيث يتعذر انفصالها انفصلاً ذاتياً بالانقباضات الرجمية ولا يفيد فعل ذلك على الرحم ولا الزروعات الرجمية السخنة لتقوية هذه الانقباضات كما لا يفيد انفصالها بالجذب بالحبل السري أيضاً وقطع يحسر المولود أثناء الجذب أن قاع الرحم هو المحذوب لا الخلاص . وهذا الالتصاق المتين يفهم في الغالب من التهاب مشيمي أو نزيف خلالي مشيمي يحصلان زمن الحمل كما أنهما قد يعقبان الولادات المتأخرة وأياً كان يلزم إخراجها بعد مضي ساعة أو ساعتين من الولادة إذا لم يحصل نزيف يخشى منه على حياة المرأة أما إذا حصل فلزم الإسراع في فصلها باليد وإخراجها بدون انتظار ولاجل ذلك توضع المرأة على السرير بالعرض كما تقدم في الإجهاض ثم تعقم الأيدي وأعضاء تناسل المرأة ثم يضبط المولود الحبل السري بيده اليسرى ثم يدخل يده اليمنى في الفرج ثم في الرحم بمجموعة الأصابع كالقمع مدهوناً ظاهرها بالمرهم البوريكي أو السلباني ويكون ذلك الدخول مدة راحة الرحم لمدة انقباضه وفي أثناء دخول اليد في الفرج يضغط بها عليه في جزئه الخلفي مع فعلها حركة رجوية خفيفة مدة مرورها فيه ويكون أحد المساعدين مسنداً قاع الرحم ليدفعه إلى أسفل وينتفع من الزوغان والحبل السري المضبوط باليد اليسرى يرشد اليد اليمنى للوصول إلى السطح الجنيني للمشيمة . فعند وصول هذه اليد يبحث الطبيب ليعرف هل المشيمة ملتصقة بالتصاقاً كلياً أو جزئياً وعلى كل فيلزم البحث بالأصابع عن المشيمة وعن دأثرها فعند ما تجد اليد حافة هذه الدأثر تدخل المولود أصابعه بينها وبين الجدار الباطني للرحم وراحة اليد الموضوعة على السطح الجنيني للمشيمة ترحف والأصابع الأربع تكشط بأطرافها المشيمة من الجدار الرحمي من أعلى إلى أسفل فتكون المشيمة حينئذ محفوفة في راحة اليد المنحنية كملقعة كما هو مشاره بشكل (٩٢) وبذلك تفصلها الأصابع من أعلى إلى أسفل إلى

انظر شكل (٩٢) في صفحة ١٣٩ وهو يشير لكيفية فصل المشيمة باليد



ان يتم انفصالها فتخرجها اليد حافظة  
لها كلها متى خرج الخلاص تدخل  
اليدين في الرحم ثانيا بسرعة اذا احتيج  
لذلك والانغلاق العنق في الحال. ثم ان  
الفصل بالاصابع يكون بجذبات بسيطة  
لا بحركة منشارية بواسطة أطراف  
الاصابع لان الحركة المشارية قد  
تدخل الاطراف في نفس منسوج الرحم  
. واذا كانت المشيمة ملتصقة بجميع  
محيطها وغير ممكن فصلها من الدائرة  
تنقب باصبع من مركزها من جهة

الى اخرى ثم تفصل بالاصبع من الداخل الى الخارج شكل (٩٢)

في جميع جهاتها ويكون ذلك بفعل جذبات بسيطة حتى لا يبق على انتهاء العملية بعد ذلك  
الاجذب العضو المضبوط باليد ضبطا جيدا كاملا الى الخارج . ومن القواعد المهمة عدم  
تزعج اجزاء المشيمة التي تبقى ملتصقة التصاقا متينا بالرحم بل تترك حتى تنفصل من نفسها  
شيا فشيئا وتخرج مع السائل النفاثي او مع سائل الزروقات الرحية او تفصل بالسكت \*  
ومن العوارض التي تطرأ عقب الولادة احتباس المشيمة . فاذا حصل في الرحم انقباضات  
غير منتظمة وكانت مستزادة في جزئه الذي هو أسفل المشيمة او حصل انكماش في الفتحه  
الظاهرة او الباطنة لعنقه نشأ عن ذلك احتباسها وصارت جذبات الحبل مع الضغط على قاع  
الرحم او الزروقات المهبليه السخنة غير مفيدة في اخراجها وقد يكون جزء من المشيمة مختسرا  
في الفتحه المنقبضة وبقاياها في تجويف الرحم غير ملتصقه وقد يكون ملتصقا . وبالحيلة  
يمكن القول باحتباس المشيمة متى علم بالجلس البطني أن شكل الرحم غير منتظم ومحبوب  
بفقد موى معان بانفصال المشيمة لكن الاحسن هو التأكد باخال اليد في الرحم فيعرف  
ان كانت المشيمة منفصلة ومنجبة أولا وفي كلتا الحالتين متى كانت اليد داخل الرحم فلا  
يلزم اخراجها الا بعد اخراج المشيمة مع ضغط قاع الرحم باليد الاخرى أثناء دخول اليد  
الاولى خشية تمزق قاع المهبل . فاذا كانت الفتحه الباطنة هي المنقبضة أدخل الطبيب فيها  
جميع الاصابع بلطف ويطه ثم يضبط المشيمة ويجذبها بقوة . وان كان المنقبض هو الجزء

العلوى للرحم يجتهد في الوصول الى هذا الجزء ويخلص منه المشيمة باصبع أو باصبعين ثم تخرج بواسطة جذب الحبل فاذا شوهد أن المشيمة مع انقباضها ملتصقة أيضاً لم ادخال جميع اليد لتفيم انفصالها ثم اخراجها بها كما تقدم . وانظر الذي يخفى منه في احتباس المشيمة هو التزيف الاول الناجم عن الانفصال غير التام لها ثم التزيف الثاني للانفصال التام ثم التسم النفاسي الثاني الناجم من التعفن المشيمي أو الجلاطي

ومن العوارض نخود الرحم في العادة تستمر الانقباضات الرجعية بعد خروج الطفل لكي تفصل جميع متعلقاته وتخرج الدم الآتي من الاوعية المتفرقة فاذا انقطعت هذه الانقباضات قبل خروج الخلاص ولم ينكش الرحم قبل لهذا الانقطاع نخود رجي ثاني وهو يشاهد أحياناً عقب تمدد الرحم تمدداً عظيماً مدة الحمل سواء كان ذلك بسبب حمل نأى أو استسقاء أمنيوسي أو استسقاء دماغي جنيني عظيم أو امتداد من الولادة وعند وجود تركيب معيب للرحم أو استحالة في نسجه كالامراض السرطانية أو وجود أورام ليفية في نسجه . ويعرف انخود بكون الرحم عوضاً عن كونه ينكش نحو التجويف الحوضي على شكل كرة غليظة صلبة يبقى رخواً حافطاً للحجم الذي كان عليه قبل الولادة ويعرف أيضاً بوجود تزيف دموي كثير المقدار أو قليلاً دال على عدم الانفصال التام للمشيمة . وفي بعض الأحيان يفصل الخلاص ويسقط في عنق الرحم فيسده فيمتنع التزيف الظاهري لا الباطني لان الدم الخارج من الجيوب المتفرقة يتركب في تجويف الرحم ويملؤه وبذلك يحفظ الرحم الحجم الذي كان عليه قبل الولادة . وقد ينجم عن هذا التزيف موت الجنين ولذا يجب الاسراع في اخراج الخلاص باليد ثم تحريض انقباض الرحم بالزروعات السخنة وفعل الدلو كان الخلية باليد . وأحياناً يكون التزيف معاً من الخروج الى الظاهر بسبب انسداد الفجوة الرجعية بحائط دموية أو بالانقباض العضلي لعنق الرحم الذي ينغلق بسبب هذا الانقباض ولذا لا يترك المولود المرأة الا بعد مضي ساعة من خروج الخلاص وفي مدتها ينظر وجه المرأة ويجس نبضها ويبحث القسم الخلفي وغبار الفرج ويكرر ذلك بجملة مرات في اليوم . ويعرف التزيف الظاهري بتلوث غبار الفرج والتزيف الباطني ببهانة الوجه وتزايد حجم البطن وبرودة الاطراف وصغر النبض والدوار وطنين الاذنين وغطمسة البصر والغشيان (أي الانعما) والقلق التي تعترى المرأة ويعرف أيضاً بالانقباضات التسخية وعرق الوجه بل وكل الجسم أحياناً . وفي أغلب الاحوال يكون التزيف مختلطاً أي باطنياً وظاهرياً آن واحداً لان

الفتحة الرجية لا تسمح لخروج جميع الدم النازف فيبقى جزء منه ويتجدد داخل الرحم شيئاً فشيئاً . ثم إن التزيف نازل يكون غزيراً متى إذا انفصل جزء عظيم من المشيمة وتارة يكون قليلاً لا يخشى منه إذا كان المنفصل من المشيمة جزءاً صغيراً لأنه يوجد زمن للمداكنة

( ما يجب عليه نحو الجنود الرحي ) - إذا لم يوجد تزيف رحي لا خارجي ولا داخلي فلا يلزم فعل شيء بل يجب الانتظار وإذا وجد لزم إخراج الخلاء باليد ثم يتبع ذلك بزوقات رجية معقبة حرارتها (١٥) درجة محتوية على جزء من الخل النقي لغسل الرحم وتنبيهه وإخراج جميع ما فيه من الجلط الدموية ثم في أثناء ذلك ينبه الرحم بدغدغته باليد الموجودة داخله وبذلك باليد الأخرى عليه في القسم الخلفي فإذا استمر التزيف والجنود بعد فعل ما تقدم يتحقق تحت الجلد بحقنة من الأراجوتين أو من محلول الجيلاتين مع مساعدة ذلك بالضغط على الأورطة البطنية ويحقق أيضاً بالمصل الصناعي تحت الجلد فإذا لم يفد جميع ذلك يغسل الرحم بمحلول فوق كاورور الحديد بنسبة (١) على (٤) من الماء فإذا لم يفد فعل السد المهبل .

ومن العوارض التزيف وهو ينجم عن جملة أسباب . منها الجنود الرحي والاحتباس المشيمي والانفصال غير التام لها ونحو ذلك . وأقوى أسبابه الجنود سواء كان كلياً أو جزئياً والجزئي أكثر تأثيراً إذا حصل عقب انفصال جزء من المشيمة . وهو ( أي الجنود الجرفي ) قد يكون ناشئاً عن وجود الباقي من المشيمة بدون انفصال أو عن وجود جزء من أغشية الجنين أو عن وجود جلط دموية في تجويف الرحم . ففي الجزء الذي حصل فيه الجنود لا يوجد انقباض يضغط العروق المتفرقة والمفتوحة في جدار الرحم من الباطن وإذا استمر التزيف منها . وقد يكون التزيف متقطعاً بسبب أن الدم الخارج يتجمد داخل الرحم فيكون جلطاً تضغط على العروق المتفرقة فيقف التزيف ووجود الجلط ينبه الرحم فينقبض ويفدّها فتصير هذه العروق مكشوفة لا تضغط عليها فيعود التزيف وهكذا . وقد يكون سبب التزيف استعداداً خاصاً للرأ (١٦) أو يكون متسبباً عن الانيميا أو عن ضعف البنية . ثم إن التزيف يكون أولياً أو ثانوياً . فالأولى هو الذي ينتج عن الانفصال غير التام للمشيمة وهو إما ظاهري وإما باطني وإما ظاهري وباطني معاً . فالظاهري يعرف في الحال برؤية الدم الخارج . والباطني يعرف بالتطوهر العمومية الناجمة عنه وهي بهالة الوجه وصغر التبض ونحو ذلك كما تقدم في جنود الرحم . والتزيف الثانوي هو الذي يتبع الانفصال التام للمشيمة . وهو أيضاً إما ظاهري وإما باطني وإما ظاهري وباطني معاً . فالظاهري يعرف



أيضاً بما تقدم وكذلك الباطني ولكن مع اصطحابه بانقباض رحمي ويسبق غالباً بشعريرة  
ولذا لو كان الدم الخارج غير كاف لتفسير الطواهر المتقدمة التي هي بهامة الوجه وصغر  
النض ونحوها يبحث الرحم فيحده متزايد الحجم مع تأوه المرأة من أدنى ضغط عليه . ولأجل  
ابقاف التزيف يلزم المولد أن لا يترك شيئاً في الرحم لأنه يجب اخراج كل ما يحتوى عليه باليد  
ثم استعمال الزروقات المعقمة انطيسة التي حرارتها ٤٥ درجة فإذا لم يفد استعمال الكهت  
الرحمي أو السد الرحمي كما تقدم ومتى وقف التزيف فإذا كانت المرأة فقدت جزءاً عظيماً من  
الدم فتعطى جرعة تود أو جزءاً من الشاي مع جزء من الكونيك أو من الشبانية المنطجة أو  
يفعل لها الحقن تحت الجلد بالبنين (كافيين) أو بالايثير أو بالمصل الصناعي لأن جميع ذلك  
من المنبهات الوقتية ثم تاف المرأة بملاءة سخنة وتحمط بزجاجات مملوءة بماء سخن ويرفع حقن  
المصل في الأوردة إذا كان الخارج من الدم أكثر مما تقدم وحياة المرأة مهددة \* ومن  
العوارض التي تطرأ عقب خروج الطفل غرق الحبل السري إما بسبب شدته بقوة أو بسبب  
دقته وهشاشته فيتمزق بأقل جذب وفي كلتا الحالتين يلزم فعل الخلاص الصناعي لأن  
الحبل الذي هو ضروري لجذب الخلاص صار معدوماً \* ومن العوارض انقلاب الرحم وهو  
ينجم عن الجذب المجل للحبل السري قبل انفصال المشيمة خصوصاً إذا كان هناك فجود رحمي  
وقد ينجم أيضاً عن قصر الحبل السري والتصاق المشيمة التصاقاً قوياً بإقلاع الرحم وقت  
خروج الجنين في الولادة السريعة خصوصاً عند متكررة الولادة إذا ولدت واقفة . ثم إن  
هذا الانقلاب يعرف بالنظر إلى العضو الموجود في الفرج الذي قد يكون مغطى بالمشيمة  
لأنه متى حصل الانقلاب فتارة تكون المشيمة منفصلة وتارة لا وهو الغالب . فإذا وجد  
الطبيب أن المنفصل منها جزء صغير وجب عليه أن يرد الرحم في الحالة قبل أن يخنق بعنقه  
أثناء انقلابه وبذلك الرديف أيضاً التزيف الناجم عن هذا الانفصال الجرجي . وهذا  
التزيف خطر يخشى منه على حياة المرأة كما ذكر . وأما إذا كان المنفصل من المشيمة  
نصفها فيلزم تكميل الانفصال قبل الرد . وكيفية الرد هي أن يوضع اصبع في كل جهة من  
جهات قاعه المنقلب ثم يدفع بهما شيئاً فشيئاً إلى الداخل حتى يعود إلى أصله

المقالة الرابعة في الولادة المعيبة  - الولادة المعيبة هي التي لا يمكن أن تنتهي بالقوى  
الطبيعية فقط بدون خطر يحصل للام أو الجنين أو لهما معاً . وتنقسم إلى ثلاثة أقسام  
. الأولى عاقة الجنين عن الخروج . الثاني حدوث عوارض تجعل الام أو الجنين في خطر وإن

كان سير الطلق على حالته الطبيعية . الثالث الاعمال التي يلجئ المولود لعملها النجاة الأم أو المولود أو هماما

القسم الاول في الولادة المعيبة وأسبابها ( ) - أسباب هذا القسم خمسة عشر .  
 الخود الاولى للرحم . الانقباضات غير المنتظمة للرحم . صلابة عنق الرحم . الانقباض  
 التشنجي لعنق الرحم . المقاومة العظيمة للجنان . ميل الرحم الى الامام . ميله الى الخلف  
 . قصر الحبل السرى . عدم انتظام مجرى الجنين سواء كان مضاعفاً ومنفرداً .  
 التصاقات الاجنة المتضاعفة . تمزق الرحم والمهبل . أمراض الجنين مع ازدياد حجمه  
 . الجذبات الرديئة للجنين . عيوب التركيب الطبيعي أو المكتسب للرحم أو المهبل أو الفرج  
 . سوء تركيب الحوض مع ضيقه

( في الخود الاولى للرحم ) - معلوم أن انقذاف الجنين يحصل بالانقباضات العضلية  
 القاذفة للرحم متى ضعفت هذه الانقباضات أو فقدت مدة سير الطلق سمي ذلك بالخود الرحي  
 الاولى فالآلام التي كانت قوية في ابتداء الطلق وكان يظن انها تحدث ولادة سريعة تضعف  
 شيئاً فشيئاً فتصير قصيرة المدة متباعدة ثم تزول . وأسباب هذا الخود وجود ضعف عمومي في بنية  
 المرأة أو اضعاف في قواها العصبية أو ضعف خصوصي في الرحم وقد يحصل الخود عقب  
 التمدد الزائد للرحم كافي بعض أحوال الاستسقاء الامنيوسي والحمل التوأمي . وقد تكون  
 الانقباضات الرجعية قوية لكنها تضاد بشئ آخر يمنع تأثيرها على الجنين كامتلاء المثانة بالبول  
 أو وجود كيس مبيضي أو ورم ليفي داخل الرحم فتنتهي بزوالها وقد لا يدرك سبب لهذا الخود  
 ( فيما يجب على المولدة أثناء هذا الخود ) - من المهم معرفته للمولدة وطور الطلق الذي يحصل  
 فيه خدود الرحم فتارة يحصل أثناء طور عدد العنق وأخرى أثناء طور الانقذاف كما أنه ينبغي  
 معرفة سلامة الأغشية من عدمها لأنها ربما امتد طور التمدد الى ثمان وأربعين ساعة أو أكثر  
 بدون حصول خطر على الجنين والآن متى كانت الأغشية غير متزقة بخلاف طور الانقذاف  
 فانه لا يزيد عن ست ساعات أو ثمان بدون أن يحدث خطر على الأم والجنين . فأما خطر الام  
 فهو التهاب الفتنة المهبلية أو تغنر جزء منها . وخطر الجنين اختناقه بالضغط الحبل السرى  
 أو اضطراب الدورة الرجعية المشيمة ولا يحصل له ذلك الا اذا تمزقت الأغشية من ابتداء الطلق  
 اذ لو بقيت سليمة لا يحصل الخطر الا لادم فقط لان الجنين مادام سابحاً في السائل الأمنيوسي  
 لا يكون معرضاً للخطر . وبالجمله اذا امتد طور الانقذاف من ست ساعات الى ثمانية بعد

تمزق جيب المياه يموت جنين من أربعة . وإذا تجاوزت اثنتي عشرة ساعة يموت تسعة أجنة من عشرة وثلاث نسوة من خمس يلدن بهذه الكيفية بسبب اضمحلال عصبى أو التهاب رجمى بريثونى . فعلاج الجنود الرجمى يختلف باختلاف السبب فان كان ناجعا عن ضعف عموى لدى المرأة تعطى قليلا من المرق والنبيد الى أن يتم تقريبا تعدد عنق الرحم ويصد ذلك يمزق جيب المياه لتقوية الرحم ان لم يكن تمزق . وإذا لم يكف ذلك تستعمل الزروقات المهبلية الحارة . وإذا حصل الجنود أثناء طور الانقذف أخرج الجنين بالجفت أو بالتحويل على حسب مقتضيات الاحوال . وإذا كان الضعف قاصرا على الرحم وجاءت الرأس بحالة جميدة ولم تكن عظيمة الحجم فلا ينظر نعام تعدد العنق لاجل تمزق الأغشية بل يلزم تمزيقها ثم استعمال الزروقات المهبلية الحارة والدلوكل المثلية ودغدة عنق الرحم لان هذه الوسائل تكفى لتحرير انقباض الرجمى . وقد شوهد فى بعض الاحوال أن الرابضة على الاقدام فى مسكن المرأة تحدث هذه النتيجة حتى ان المرأة القوية لا تحتاج لاستعمال جفت الولادة الا نادرا . وإذا كان الاستسقاء الامنيوسى هو السبب فى الجنود وجب بط الكيس لاجراخ جزء من مائه فيقوى الرحم وينتظم الطلق . ويحسن فصد المرأة اذا كان الجنود ناجعا عن الامتلاء الدموى العموى والرجمى . وإذا كان ناشئا عن انقباضات عنق الرحم فيسرع المولود بوضع الجفت عنده سمح تعدد العنق بذلك لاجراخ الرأس لانها متى خرجت زالت الانقباضات وزال معها الجنود . وإذا كان الجنود ناجعا عن تعدد المثانة بالبول أخرج بالقسطير . وعلى كل يلزم عقب خروج الجنين ان تفعل الزروقات الحارة المعقمة لمساعدة قذف الخلاص

( فى الانقباضات الرجمية غير المنتظمة ) - قد تكون الانقباضات الرجمية شديدة غير منتظمة أى لا تتخللها فترات من الزمن وقد تكون الانقباضات جزئية أى انها تحصل فى جزء واحد من الرحم دون باقى الاجزاء وهذه الانقباضات تكون مؤلمة جدا مقلقة كما اذا كانت عامة للرحم فيعترى المرأة منها اضطراب شديد فتبكي ويعترىها أيضا هذيان واختلاجات فيها ينقطع سير الطلق . وتعالج فى هذه الحالة بقصد المرأة وباعطائها قليلا من اللودانوم فى جرعة أو حقنة شرجية وهو الاحسن . وإذا كانت المرأة ذات مزاج عصبى لا تفصل بل توضع فى حوض مملوء بالماء الساخن بخور ربع أو نصف ساعة مع اعطائها أجزاء من الافيون فتسكن الآلام وتستريح المرأة ثم يأتيها النوم وقد يستعاض الافيون بعشرين نقطة من اللودانوم الى ثلاثين وعقب ذلك يرمى سيرتحصل آلام بسيطة منتظمة عامة للرحم وابتدى سير الولادة المنتظم وتنتهى بأحسن حال

(في صلابة عنق الرحم) - صلابة عنق الرحم توجد عند الشابات القويات خصوصا عند بكرات الولادة المتقدّمت في السن فيصعب تعدد فتحته فإذا اجس العنق بالاصبع وجدت حافته رقيقة فاقدة الحرارة عادمة الاحساس يابسة فلا يحصل في عنق الرحم لين ولا انغماء مطلقا أو يحصلان حصولا غير تام أو يبطء وعما قيل يقف التمدد قبل تمامه قهرا عن الانقباضات الشديدة لجسمه . وكثيرا ما تكون الصلبة ناشئة من آثار الصامات عتيقة أعقبت تقيحات مختلفة الطبيعة . وقد تكون الصلبة ناجية عن أوزيما صلبة لعنق الرحم أو عن تنوع مرضي في نسجه أو عن وجود تولد مرضي لبني فيه . ويختلف انذار صلبة عنق الرحم بالنسبة لدرجتها واستمرارها فيكون جيدا في الصلبة الخفيفة انما يكون خطرا على الجنين بالنسبة لبطء الولادة وقد ينتج عنها تمزق عنق الرحم أو جسمه . (واجبات الطبيب) يلزم الطبيب أن لا يمرق أغشية جيب المياه مبكرا بل يلزمه أن يحترض الانقباضات الرجعية بالدلكات الخشبية أو بالزروقات المعقمة الحارة الموجهة على عنق الرحم أو بوضع المرء في حوض مملوء بماء سخن مدة نصف ساعة ان لم يكن هناك خطر على الجنين والأم لأن الصلبة قد تزول بذلك فإذا أدرك الطبيب أقل خطر على حياة الأم والجنين فتنازله بالمبادرة بإخراج الجنين إما بالجفت أو بالتحويل بعد تعدد فتحة عنق الرحم بالصناعة فإذا كان الجنين ميتا أخرج بالتقطيع . وإذا كان حيا ومحييته معيلا لم تحسن المجى حتى يكون طبيعيا . والتמיד الصناعي يكون إما بالاصبع أو بالألة الممددة ذات الثلاث فلق للعلم (تاريخ) أو بالكرة الممددة أو بوضع المحسات وأما فعل الشقوق في عنق الرحم في اتجاهات مختلفة طول الواحد من (٤) الى (٥) ستمتد فانه لا يخول من الخطر لان الشقوق قد تمتد الى جسم الرحم زمن المجهودات القاذفة \* وقد تكون صلبة عنق الرحم ناجية عن اصابة بالسرطان . فإذا كانت هذه الاصابة قاصرة على جزء قليل الامتداد فلا تعوق الولادة الذاتية وإذا كانت ممتدة طالت الولادة كثيرا وربما مات الجنين وحصلت غزوات رجعية عند خروجه فيجب على المولدين أن يلاحظ المرء دائما فإذا كانت الولادة بطيئة والأم والجنين ليسا في خطر أو مات الجنين ينتظر ربما تحصل الولادة الذاتية فإذا كان هذا له خطر على الأم يجتهد في فعل التمدد الصناعي لعنق الرحم كأن تقدم ومتى سمح التمدد لمرور الجنين أخرج بالتحويل أو بالجفت إذا كان حيا وبالتقطيع إذا كان ميتا وحياة الأم مهددة . وإذا كانت الاصابة السرطانية لا تسمح لتمدد العنق حتى يمكن مرور الجنين استؤصل العنق قبل

الطلق أو زمنه في الحال لأنه بدون ذلك يفرق جسمه لا بمحالة . ومن أسباب صلابة عنق الرحم وجود أورام ليفية فيه فتي كان الورم شاعلا لجزء المهبل من عنق الرحم استئصل بمجرد التأكد من وجود الحمل وكذلك يستأصل بوليوس عنق الرحم اذا وجد بمجرد التأكد من وجود الحمل لان الاورام الليفية للرحم تزداد حجمها بالحمل كما يزداد حجم الرحم فتصير سببا لعسر الولادة فاذا كان مجلس الاورام قاع الرحم نجم عنها ميله الى الخلف فمن الحمل لثقلها . واذا كان مجلسها جزء العنق الموجود على المهبل في تجويف الحوض نجم عنها ضغط الحالبين والثانة والمستقيم والاعوية والاعصاب وضيق تجويف الرحم كلما تقدم الحمل وهي تعوق أيضا التكيف الطبيعي للبنين وتحدث الحبيات المعيبة له لكونها تعرض الانقباضات المجهلة وفي أثناءها اذا كان مجلس هذه الاورام الجزء السفلي للرحم تنحصر في الحوض الصغير فتسده وتعوق الانقباضات الرجمية فيطول طور التمدد ويمتنع خروج الجنين بوجودها . واذا كان مجلسها جدار الرحم صارت أجزاؤه رقيقة سهلة التمزق صعبة الرجوع على نفها بعد خروج الجنين وبذلك يحصل خوررجي وزيف ثانوي يميت . وعلى العموم يلزم الطبيب التأمل في هذه الاورام الموجودة داخل الرحم لانه يضطر في استئصالها للتقطيع عنق الرحم على المهبل

(في الانقباض التشنجي لعنق الرحم) - قد يتفق أبا العنق بعد أن يشتد في التمدد بانتظام بعنقه فجأة انقباض تشنجي يؤخر الولادة ويميز هذا الانقباض عن الصلابة البسيطة السابقة الذكرك بكون حافات عنق الرحم تكون سميكة حارة ومصحوبة بالام قطنية مستمرة شديدة ويشاهد هذا الانقباض عند النساء القويات الدمويات أو العصبيات القابلات للتهيج أكثر من اللينفاويات . ولعلنا نلاحظ هذا الانقباض نفصدا المرأة اذا كانت قوية البنية ويوضع قليل من خلاصة البلادونا على دائرة فتحة عنق الرحم ممزوجة بجزء من الفازلين البوريكي بمقدار (٣) على (١٠) ويحسن استعمالها مفردة . فاذا كانت الخلاصة ذات قوام تصنع منها كرة في حجم الحصة وتثبت تحت ظفر السبابة ثم يدهن بها حول العنق لانه يكفي لذوبانهم ارطوبة المهبل وحرارته . واذا كانت سائلة نفعت فيها كرة من القطن المعقم وتضبط بطرفي السبابة والوسطى ثم يدهن بها جميع دائرة العنق . فاذا كانت المرأة عصبية وخالية من علامات الامتلاء العموي أو الرجي فلا تفصد بل يستعمل لها الحمامات العموية المستطيلة وتعطى الافيون في جرعة أو حقنة شرعية وتدهن فتحة العنق بخلاصة البلادونا كما تقدم وقد

وقد يفيد ما تعاطى الكلورال واستنشاق الكلوروفورم . وبالجملة إذا لم تنفذ هذه الوسائل ولم يمكن الانتظار خشية حصول خطر على الجنين أو الام بإدراك الطبيب بتمديد الفتحة المنقبضة بالصناعة بالطريقة المتقدمة ثم يخرج الجنين بواسطة الجفت إذا كان المجيء بالرأس . وقد يتفق أن رأس الجنين أو جذعه (على حسب ولادته بالرأس أو بالمقعدة) يجاوز عنق الرحم ثم ينقبض العنق بعد ذلك فيضغط على عنق الجنين بقوة ويوقف انقذافه . فإذا كان المجيء بالرأس والجبل السري غير منضغط تعطى المرأة الأفيون على سبيل التجربة قبل الشروع في عملية التمديد التي يصعب فعلها هنا . وأما إذا كان المجيء بالأقدام فالجبل السري يكون منضغطاً بالضرورة وبناء على ذلك تحصل له الاسفكسية فيجب على المولدة أن يسرع في عمل التمديد القهري أو شق الجزء العنقي الرحمي الأقرب بواسطة مشروط ذي زر ثم يخرج الجنين في الحال بواسطة اليدين فقط لأن الجفت لا يمكن استتماله هنا لأنه لو استعمل لقبضت ملاءقه . على الجزء السفلي من الرحم مع الرأس ومزقته ومع ذلك يلزم تجنب فعل الشق ما أمكن كما أنه لا ينبغي استعمال الكلوروفورم هنا لأنه لا يؤثر على انقباض عنق الرحم إلا إذا استعمل بكمية عظيمة ينشأ عنها خطر

في مقاومة العجان الولادة - يتشكل العجان عادة زمن الولادة بشكل ميزاب ينتهي إلى الفرج لأنه يدفع شيئاً فشيئاً أمام رأس الجنين لاتساع القناة المهبلية اتساعاً كافياً لمروره . وفي بعض الأحيان يكون العجان ذا مقاومة عظيمة حتى لا يتمدد وعلى ذلك لا تقدم الرأس في الخروج بالانقباضات الرحمية التي تنتهي بالاضمحلال فيضطر المولدة حينئذ لاتمام الولادة بالجفت أنما ينبغي أن يكون الجذب ببطء التجدي أسحب العجان زمناً كافياً لتمدها ولأن الجذب الشديد يمزقه . وإخراج الجنين بالجفت ضروري لأن الرأس إذا مكث زمناً كثيراً من ساعة بدون أن يخرج بعد أن تجاوزت عنق الرحم وتمزقت الأغشية حصل خطر الجنين والام معاً . فخطر الام هو اضمحلال قواها الرحمية وحدوث تمزق في العجان ربما امتد إلى المستقيم والمثانة . وخطر الجنين هو حدوث الاسفكسية له وكذا يستعمل الجفت في إخراج الجنين إذا تمزقت الأغشية ومكث الرأس في التجويف الحوضي أكثر من أربع أو خمس ساعات بدون أن تصل إلى الفرج مع الاحتراز من تمزيق العجان زمن الجذب وإذا ظهر للولدة أن العجان صار متورلاً معاً مشرفاً على التمزق عند مرور الرأس من الفرج رغم اعراض الاحتراز لا يتأخر عن فعل الشقين الخلفيين الجانبيين بواسطة مقص جيسد معقم ثم يخرج الرأس من الفرج

في الحال . وقد ينجم عسر الولادة عن ضيق القناة الفرجية المهبلية المحيطة أو عن انسداد فيها . فالضيق قد يكون وقتي لانه كثيرا ما تكون هذه القناة طبيعية مدة الراحة ثم تضيق صلبة زمن الولادة لقلة مرونتها الطبيعية وعدم تمددها وهذا ما يشاهد بالانحص عند بكرات الولادة المتقدّمات في السن . وقد يكون الضيق دائما خلقيا أو مكتسبا بالنجم عن ندب التهام فاذا وجد الطبيب ذلك الضيق وجب عليه الانتظار لأن الولادة وإن كانت طويلة المدة إلا أنها ربما تنتهي بالقوة الطبيعية ولكن إذا رأى أن الام أو الجنين في خطر لزمه الاسراع في اتمام الولادة بالجفت لئلا يفعل الشقوق في الفرج ولا في المهبل مع الجذب ببطء خوفا من تمزق العجان كما تقدم . وأما انسداد القناة المذكورة فقد يكون طبيعيا أو ناجما عن وجود الجلبة أو حالة مرضية أو عن مقاومة غشاء البكارة ومع ذلك قد تحصل الولادة الذاتية . وقد يكون الانسداد مكتسبا وناجما عن ندب التهام . ثم إن الانسداد المهبلي الفرجي يكون غير تام في الابتداء فيسمح للجماع ولا يتم عرقه إلا في الولادة وحينئذ قد يمتد التمزق إلى بقية أجزاء المهبل بل والرحم والمثانة والمستقيم والعجان أثناء الانقباضات القاذفة . فاذا عرف المولود هذا الانسداد مدة الحمل لزمه فعل عملية مهبلية للمرأة في الحال لازالة واذالم يعرفه إلا في زمن الطلق أسرع في اخراج الجنين بالشق البطني وبعد شفاء المرأة تفعل العملية اللازمة لازالة هذا الانسداد

(في ميل الرحم) - قد يحصل ميل في الرحم ناشئ عن ضعف زائد في جدار البطن أو عن عيب في تركيب الحوض كضيقه فيكون قاع الرحم مائلا ميلا كبيرا إلى الامام بحيث يستحيل تعديله ووصول الاضبع إلى العنق ومع ذلك تنحسر رأس الجنين في التجويف الحوضي من ابتداء الطلق ثم عثر من فتحة العنق الباطنة لكنها لا تخرج من فتحة الطاهرة بل تدفع الجزء المقدم الرحي إلى الامام حتى يصل معها إلى الفرج فعلى المولود حينئذ أن يتكى على الجزء السفلي من الرحم ليرفعه ويجذب بأغلة السبابة شفه الفتحة الرجسية فهو مركز تجويف الحوض بقدر الامكان ويستمر مثبتا لها هناك بالسبابة إلى أن يتم تمددها فان لم يثمر هذا العمل وشوهد اضمحلال المرأة لزم فعل الشق الرحي من المهبل ولاجل ذلك توضع المرأة كوضعها لادخال الجفت ثم يدخل في المهبل منظار وأربع فلق ثم يفعل شق مستعرض طوله من خمسة إلى ستة سنتيمتر في جزء الرحم الموجود في قاع المنظار بشرط قليل التحدب واذالم يكن هذا الشق كافيا لمرور رأس الجنين تشق الشفة التي خلف هذا الشق بشرط ذي زرز وبعد ذلك تترك الولادة للطبيعة أو يساعدها المولود يجذب الجنين بالجفت والأحسن اخراجه بالشق

بالشق البطني اذا كان حيا . وقد يميل الرحم الى الخلف فيصير قاعه في التجويف الهجري وعنقه مرتفعا الى الاعلى والامام في محاذاة الارتفاق العاني . وقد يحصل في آن واحد انثناء جسم الرحم الى الخلف على عنقه في محاذاة اتصالهما ببعضهما وهذه الحالة نادرة الحصول وتشاهد عند متكررات الولادة وفيها ايضا يصير الرحم محسورا في التجويف الحوضي لا يمكنه أن يصعد الى التجويف البطني لما لان قاعه صار مثبتا فيه بالجمجمة والتصاقات ولما انقلبه بوجوده متصل العلوق فيه . ومن الاسباب المهيئة لحصول الميل والانثناء تكرور الولادة وضعف الارتباط الرجعية سيما اذا كان الجحمان مسترخيا أو ممتزقا . وقد يحصل هذا الميل دفعة واحدة فارة وأخرى ببطء . فالاول لا يحصل الا عقب تأثير فعل بادقشعر المرأة بتمزق داخل حوضها وبالبحت يتحقق الطيب من حصول الميل . والثاني يحصل تدريجيا . واسبابه مختلفة منها حصر البول وضيق الحوض الذي تكون زاوية الهجرية القطنية أكثر بروزا لأن الرحم ازداد حجمه بالجل فلا يصعد بل يميل الى الخلف وينتهي . ومنها وجود الاورام الليفية في قاع الرحم لانه ينقلها يميل الى الخلف ايضا . ومنها جود الالتصاقات الحوضية البريتونية الخلقية والناتجة عن الالتهابات التي تصيب الارتباطة العريضة أو المبيضين . فالنوع الاول من الميل والانثناء لا يحصل الا من ابتداء الحمل الى انتهاء الشهر الثالث وبعد ذلك لا يحصل لأن الرحم يكون قد تجاوز المضيق العلوي فلا يمكنه أن ينتهي ويسقط في تجويف الحوض . ومن علامات هذا النوع اصطحابه بالام شديدة تمرقة ونهوق وقى . والنوع الثاني أي التدريجي أكثر مشاهدة من الاول ومن علاماته حصول عسر في التبول وسلس في البول مدة بدون ارادة . وقد يلتبس سلس البول بسيلان مائي رجي وعيز البول برائحته واستمرار امتلاء المثانة الذي يعرف بالقسطرة . ومن علاماته أيضا حصول امساك مستمر وعدم تناسب كبر البطن لزمن الحمل . ومنها تعدد المثانة وقصر الجدار الخلفي المهبل وعسر وصول السبابة الى عنق الرحم في ابتداء الحمل حتى يلزم رفع الحوض قليلا للوصول اليه مع توجيه الاصبع كثيرا الى الاعلى والامام فيدركه الاصبع خلف الارتفاق العاني وكذا يدركه الاصبع جسم الرحم في التجويف الحوضي . وقد يصعد الرحم الى التجويف البطني من نفسه أو بواسطة الطيب متى كان حجمه قليلا أي قبل الشهر الثالث فتي صار الرحم في التجويف البطني استمر الحمل على سيره الطبيعي فاذا لم يصعد الرحم الى تجويف البطن قبل انتهاء هذه المدة بقي محبوسا في تجويف الحوض ولا يمكن اعتداله .



أهملوا وينبغي ذلك بقدر يحصل اجها من بسيط أو معصوب يتمزق في الرحم فإذا لم يحصل  
الاجهاض فنجهم عن وجود الرحم في الحوض فنقطع الاعضاء الحوضية فقصص غفيرة  
المستقيم أو المشاة وقد دللنا على وركته ثم تمزق مع الرحم من الانقباضات . فإذا لم يبدأ  
الطبيب بالخارج الجنين مات المرأة حتماً لأن الخطر يزداد كلما تقدم الحمل . ولتنخيص ميل  
الرحم ينبغي أولاً التحقق من الحمل فإذا كانت المشاة ممتدة وعقيمة للرحم استفرغ البول  
بالقسطاير وإذا كان الحمل خارج الرحم وجد الرحم فارغاً وجدورم بجانبه وهذا يختلف  
الحمل الحقيقي فإن الورم يكون داخل الرحم

● يجب على الطبيب فعله عند ميل الرحم ● - يجب عليه ملاحظة المرأة المصابة بهذا  
الميل قبل الحمل إذا نذب لها من ابتدائه . حينئذ يلزم أن يفرغ المشاة كل يوم ثلاث مرات  
بالقسطاير إذا زلزال الحال ثم يأمر المرأة بالاستلقاء على بطنها مدة الثلاثة شهور الأولى وبوضعها  
على ركبتيها ورم فيها ثلاث مرات في اليوم مدة عشرة دقائق في كل مرة . ويستمر على فعل ذلك  
إلى انتهاء الشهر الثالث وبعد هذا العمل يخرج الرحم من المضيق العلوي فيصير في تجويف البطن  
وحينئذ لا يخشى رجوعه بعد هذا الزمن لأنه يستمر على الصعود في التجويف البطني وإذا لم  
تستعمل هذه الطرق من ابتداء الحمل كان ذلك غير مفيد فليجأ أذن إلى أعمال أخرى لا اعتدال  
الرحم ولا جعل ذلك بفعل المرأة حقنة مسهلة في الليلة السابقة ليوم العمل وأخرى في صباحه  
ثم يتدعى فيه باستفرغ المشاة بالقسطاير وتخذ المرأة بالكور وفورم ثم تلقى على بطنها وعدد  
الشرج والمستقيم وبعد تعقيم هذه الاعضاء ويدي الطبيب جيداً يدخل ثلاثة أصابع أو  
أصبعين أو السبابة فقط من يده اليسرى في المستقيم حتى يصل إلى محاذات الرحم ثم يدخل  
سبابة يده اليمنى في المهبل إلى أن يصل إلى عنقه فيدخله في فمته ثم يفعل باليدين ( التي  
أحدهما في المهبل والأخرى في المستقيم ) في الرحم حركات جانبية ذهاباً وإياباً رافعا  
العنق بأصبع يده اليمنى إلى أعلى نارة وقاع الرحم باليسرى نارة أخرى مع الالتفات للاستئناس  
الكور وفورم فيهم . هذا العمل يمكن أن يعتدل الرحم ويخلص من الحوض ويصير قاعه في  
التجويف البطني . وقد لا يثمر هذا العمل لو جود التصاقات رجية حوضية مثبتة أو لوجود  
عيوب في تركيب الحوض أو تركيب الرحم نفسه وفي هذه الأحوال يلزم وضع كرة هوائية  
في المستقيم لا اعتداله إذا أمكن . فإذا لم ينجح هذا العمل فعلى الولادة المجهلة . وقد يعسر  
خروج الجنين بهذه العملية أيضاً لغلظ حجم الرحم وتصلبه فلذلك يلزم بط الكيس من المهبل  
أو المستقيم ليتناقص حجم الورم ما أمكن ويخرج الجنين

(سقوط الرحم) - قد يوجد عند المرأة قبل الحمل سقوط في الرحم فإذا اجلت ازداد السقوط وقد لا يحصل الا زمن الحمل لتغل الرحم واسترخاء العجان فإذا كان السقوط قليلا فلا يمتنع صعود الرحم الى التجويف البطني في الشهر الرابع أو الخامس من الحمل . وإذا كان السقوط عظيما فلا يصعد الرحم الى التجويف البطني بل يبقى متعسرا في التجويف الحوضي وضاعطا على الاعضاء الحوضية فينجم عن ذلك انقباضات رجعية قاذفة أي يحصل الاجهاض وهو جيد للام ان لم ينشأ عنه غزافات في الرحم والا كان خطرا . وعلى الطبيب أن يأمر المرأة المصابة بالسقوط الرحي قبل الحمل بالاستلقاء على ظهرها مرتفعة المقعدة من ابتداء الحمل وتستمر على هذا الوضع مدة الاربعة الاشهر الاول انما في ابتداء الحمل توضع على ركبتيها ومرفقيها مدهة عشر بن دقيقة ويكرر ذلك مرتين في كل يوم مع ملاحظة الرحم أثناء هذا الوضع . وكذا يفعل هذا العمل اذا حدث السقوط أثناء الاشهر الاول من الحمل . أما عمل السدا المهبلي أو وضع الفرازج فهو مضر لانه يحدث احتباس الرحم في الحوض وانما يلزم تجنبه . وقد يصعد الرحم ثم يسقط فاما يلزم انقاذ الجنين فيعوق خروجه وحينئذ يلزم اخراجه بالحقن

(في عسر الولادة الناجم عن قصر الحبل السري) - ينجم عن قصر الحبل السري وقوف رأس الجنين في التجويف الحوضي رغما عن قوة الانقباضات القاذفة أو ظهورها نحو الفرج أثناء حصول تلك الانقباضات ثم عودها الى الداخل أثناء زوالها ويصلحب ذلك بالأم في قاع الرحم وانبعاج فيه أثناء الطلق ثم يزولان أثناء وقوفه ومتى كان طول الحبل أقل من خمسة عشر سنتيمترا قبل ان الحبل قصير . والقصر يكون حقيقيا للحبل السري أو نسبيا لالتفافه حول عنق الجنين أو جذعه أو أحد أطرافه وهو خطر على الجنين اذا كان ناجعا عن التفافه حول عنقه لتعرضه للاختناق وعلى الام لانه يستدعي امتداد الطلق فتضجر قواها أول كونه ينجم عنه نزيف اذا تمزق الحبل السري أو حصل انفصال مبكر في المشيمة أو لاحدائه أحيانا انقلابا في الرحم أو لمساعدته على المجيء المغيب للجنين . وبالجملة سواء كان القصر حقيقيا أو نسبيا يلزم المواد أن يسادر لاخراج الجنين بالحقن اذ تجبر دخروج رأس الجنين يعرف الطبيب حالة الحبل فان كان ملتفا حول العنق يجتهد في خلاصه اذا أمكن والا فيضغط بيمينه صغير بن ذوى ضغط مستمر في نقطتين متباعدتين عن بعضهما قليلا ثم يقطع الحبل بينهما مقص معقم وان لم يعلم نوع قصر الحبل ولم تكن رؤيته أدخل الطبيب السبابة في الرحم من جهة بطن الجنين ثم يصعد نحو السرة متى وجد الحبل متوترا علم أن القصر حقيقي فيجب عليه انذن جسد الجنين الى أن يظهر جزء الحبل المتصل بالشرة يضع عليه في

فقطبتين متباعدين عن بعضهما بعضاً ويقطع الحبل بينهما كما تقدم ثم تترك الولادة



وشأنها فينتظم قلبها ويخرج الجنين والآن  
استخرج باللفظ في الحال ثم بعد  
خروجه يلزم التأكد من انقلاب الرحم  
أو عدمه فإذا كان متقلباً أدخل اليد  
فيه وترده إلى شكله الأصلي

وفي غير الولادة الناجم عن عدم  
انتظام عجيء الاجنحة المتضاعفة  
والمنفردة - عدم انتظام عجيء  
الاجنحة يكون . أولاً عجيء رأس  
جنينين معا فينحصران في المضيق

العلوي كما في شكل (٩٣) . فإما عجيء أحد الأطراف الخوضية لأحد الاجنحة شكل (٩٣)



مع رأس الجنين الآخر أو بتاتين جنين بقدميه  
خرج إلى عنقه وعاقته رأس جنين آخر

خرجت أولاً من الرحم ونزلت في التجويف  
الخوضي ثم وقفت أسفل رأسه كما في شكل  
(٩٤) فإما عجيء جنين برأسه وصلت إلى

التجويف الخوضي بسهولة ثم عاقها عنق  
جنين آخر معا نقي بالعرض لعنقها كما في

شكل (٩٥) رابعاً عجيء جولة أطراف سفلى  
لأجنحة منحصورة في الفتحة الرجعية على هيئة

خزعة . في الحالة الأولى شكل (٩٣) والثالثة  
شكل (٩٥) يلزم تجربة جذب الرأس الأكثر

التحصراً بواسطة الجفت ولا يلجأ إلى ثقبها إلا  
إذا لم يفد جذبها . وفي الحالة الثانية شكل

(٩٤) ينبغي رد الطرف أو الأطراف الساقطة  
وحفظها من ردودة بالداخل بسهولة نزول الجنين الآتي

شكل (٩٤)

برأسه لكن اذا كانت الاقدام مائلة الى السقوط دائماً فيعجز عدد العنق عنداً كافيًا يثني وضع الجفث في الحال على الرأس الآتية بجانب الاقدام واخرجه لانه اذا ترك الجنين ذو الاقدام الساقطة حتى يخرج جذعه مات قبل وضع الجفث على رأس الجنين الثاني وزيادة على ذلك يصعب وضع الجفث فاذا لم يثر الرد أولم يمكن اخراج رأس الجنين المضبوطة بالجفث لكبر حجمها فيلزم جذب الجنين الاول الى أن يتمكن من الوصول الى عنقه بالأصبع فيقطعه بقص كبير مخن على سـ طبعه ثم تدفع الرأس المفصلة الى الداخل ويخرج الجنين الآخر بسرعة بواسطة الجفث وبعد ذلك تخرج الرأس . وبالجملة يلزم

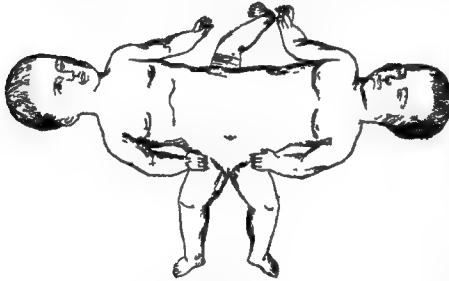


شكل (٩٥)

قبل قطع عنق الجنين رفعه الى أعلى نحو بطن أمه ثم يجتهد الطيب في جذب رأس الجنين الخلفي بالجفث فاذا لم يقد قطع عنق الجنين المقدم عند حياة الخلفي أو عنق الخلفي عند موته وحياة المقدم . وفي حالة المجيء بمجمل أقدام يجتهد في رد بعض الاقدام بحيث لا يبقى الاقدام اجنبى واحد . وبما أنه يعسر معرفة كـ كون القدمين الباقيين لجنين واحد فالصواب جذب أحدهما فقط . ومتى خرج الجنين الاول بدون عائق سهلت ولادة الشئ ما لم يبق في الرحم جنينان آخران . واذا سقط طرف من أطراف الجنين وكانت فتحة عنق الرحم غير كافية التمدد لزم وضع المرأة على ركبتيها ومرتفعها ثم يجتهد في رد الطرف المدكور واذا لم يفسد وضعت المرأة على ظهرها مع الراحة التامة مرتفعة المقعدة ثم يجتهد في رده أيضاً ما أمكن مع الانتظار لتمام عدد عنق الرحم لانه يسهل اذنه رده فاذا لم يمكن رده بعد ذلك وطال زمن الطلق لزم اخراج الجنين بالجفث

في التصاقات الأجنة - التصاق الاجنة يعوق الولادة وهو يحصل في التوأمين بالعنق أو بالعدة أو بالجذع ففي الحالة الاولى متى كان الالتصاق غير قصير وغير متسع يمكن نزول أحدهما بعد الآخر بدون عسر وتم الولادة بنفسها أو بوضع الجفث على الرأس الاكثر التحذار بخلاف ما اذا كان الجزء الضام لهما متسعاً واصل الى القفا وقصيراً فان استعمال

الحفث لا يفيد فيلزم ثقب وتفتيت الجمجمة البعيدة لانها هي المانع الاصلى للخروج ومع ذلك اذا علم المولد وجود تشوه في الخلق فلا يفضل ثقب احدهما على الاخرى بل يجذب الرأس الاكثر انحدارا يمكن فصلها بواسطة المقص ثم تستخرج الثانية بعد تفتيتها . واذا كان المحيى بالاقدام فلا يجذب المولد الاقداما واحدا لانه لا يعرف التصاقه ما وانفرادهما قفى لم يقد ذلك فوضع اليد في الرحم لجذب جميع الاقدام الى الفرج ثم تركه ان تمام الولادة الطبيعية لانه يندر تمام مدة حمل هذه الاجنة كما انه يندر غلط رؤسها ولكن اذا شاهد الطيب وقوف لانقاذ وعلم ان الرأسين محشوران في التجويف يبادر باخراجهما باليد على التوالي فيبحث عن الرأس الخلفية أولا ويجذبها بوضع السبابه والوسطى في فم الجنين ثم بعد ذلك يخرج الرأس المقدمة بالطريقة عينها واذا لم يكف الاصبعان للاستخراج لازم اخراجهما بالحفث فاذا لم يفد فعل الثقب الجمعى والتفتيت حال رفع جذع الجنين المقدم رفعا قويا الى الامام على بطن الام لان ذلك يصبر الرأس الخلفية أكثر انحدارا فيسهل الوصول اليها ثم تخرج واذا احدثت اعاقبة فصلت وأخرجت عقب تفتيتها واذا علم تشوه خلقه الجنين اهتم بشفاء الام . واذا كان المحيى بالكشف بفعل

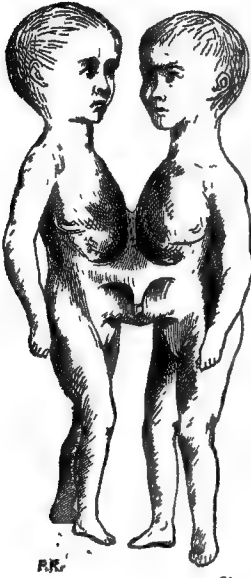


شكل (٩٦)

التحويل القدى  
وبعد ذلك بفعل  
كافصل في الحالة  
المتقدمة \* واذا  
كان التصاق  
التوأمن بالمقعدة  
كفى شكل (٩٦)  
يمكن حصول الولادة

الذاتية سواء كانت الأجنة آتية بالرأس أو بالاقدام واذا صارت القوى الطبيعية المساعدة بالجذبات اللازمة غير مفيدة فيلزم التوسط بما يختاره المولد من العمليات لشفاء الام \* واذا كان التصاق الاجنة بالجذع فليس من المهم معرفة كون الالتصاق بالجهة المقدمة للجذع كفى شكل (٩٧) أو الخلفية أو الجانبية انما المهم معرفة امتداد هذه الالتصاق لانه اذا كان كثير الامتداد احصت صعوبة عظيمة في استخراج الاجنة لان رؤسهم تتابع مع بعضها في

انظر شكل (٩٧) في صحيفة ١٥٥



التحويف بخلاف ما اذا كان الالتصاق جزئيا فان هذه الحالة تدخل تقريرا في حالة الالتصاق الرخو للاجنة سواء كان بالعنق أو بالمقعدة فيسلك المولود في هذه الحالة ما سلكه في الاحوال السابقة لان القصد نجاة لام فيلزم فعل التفتيت أو تقطيع الجنين . وبالاختصار ينبغي في أحوال الاجنة الملتصقة الانتظار الزائد بقدر الامكان فرعا يحصل الولادة الذاتية واذا لم يفد ذلك يجرب وضع الحفت ولا يلجأ العملية متلفة لاحد الاجنة الا اذا اضطر لذلك جدا أو تحقق من أول الامر من جنس التشوه الذي بسببه تقطع الاجنة وفي هذه الاحوال لا ينبغي فعل العملية القيصرية الا اذا لم يمكن ثقب الجمجمة لان المراد حفظ حياة الام ولكن لا خطري في العملية القيصرية الا ان

(في غرق الرحم) - قد يحصل في الرحم غرق مدة الحمل نحو الشهر الرابع عقب رض أو حدوث مرض في جدره كسرطان أو ورم لبني أو ندبة التهام أو مدة الولادة ويصيب التمرق عنق الرحم

شكل (٩٧)

تارة وأخرى جسم الرحم وهو نادر فالاول عبارة عن شق لأهمية له الا اذا وصل الى فتحة الباطنية بسبب التزيف الذي يحصل وعلاجه يكون بخياطة الجزء المتمرق . والثاني وهو تمرق جسم الرحم كثيرا الخطر فاذا حصل لزم الاعتناء به لأن منه يمر الجنين فيصير بين طبقتي الرباط العريض اذا كان التمرق في احدى حافتي الرحم وهذا نادر أو في تجويف البريتون اذا كان التمرق في قاع الرحم وهو الغالب . ثم تمرق جسم الرحم تارة ينجم عن سبب باد كالذي يحصل اثناء عمل التحويل أو وضع الحفت أو ثقب الجمجمة وتفتيتها بواسطة طبيب غير متمرن وتارة يكون ذاتيا وهو الاكثر حصولا متى كانت جدر الرحم مريضة لوجود أورام ليفية فيها أو حالة سرطانية أو لرقعة تلك الجدر لكثرة تمددها كما في الحمل التوأمي أو لانسقاء الامنيوسس وحينئذ لا تقاوم الجدر ضغط الجنين عليها عند انقباضها فتمرق . وفي بعض الاحيان

تكون جلد الرحم قوية والقوة القاذفة عظيمة ولاكن يوجد عائق لخروج الجنين كضيق الحوض أو ميل الرحم أو انحصاره . وقد يكون التمزق قليل الاتساع قاصر على الرحم أو ممتدا الى المهبل بل والمستقيم ولثانته . وقد يكون التمزق متسعاً فيسمح لخروج الجنين كله أو جزؤه في تجويف البريتون **كما تقدم** . ثم إن التمزق الرحمي يصطبغ بألم شديد أثناء حصول الانقباضات الرحمية يعقبه فتور عظيم وانحاء وترتفع الحرارة الموضعية للبطن وفي زمنه تشعر المرأة بهذا التمزق وأن الجنين يتحول من موضعه . وإذا كان التمزق متسعاً بحيث يسمح لمروور الجنين مرتبته الى تجويف البريتون فيقف الانقباض الرحمي ويتغير شكل الرحم وتقل صلابته ويحجمه ويوجد به جانيه ورم صلب قريب من جدار البطن هو الجنين . وبالجس المهبلي يدرك زوال جيب المياه الذي كان بارزاً قبل ذلك واختفاء جزء الجنين الذي كان آتياً ويدرك أيضاً رجوع ضيق فتحة الرحم بعد تمددها وابتقيت متمدة بحيث يمكن ادخال اليد في الرحم ، لأنه فارغ أو محتو على كتلة مرنة هي الامعاء الدقاق التي حلت محل الجنين . وإذا كان التمزق قليل لاتساع لا يسمح لمروور الجنين تمرق الكيس الامنيوسي وحل سائله في تجويف البريتون وفي هذه الحالة يصعب التشخيص ولا يعرف الا بعد الموت الذي يعقب التمزق الرحمي في أغلب الاحوال بسبب التزيف الباطني أو الالتهاب البريتوني أو الاختناق المعوي ان لم يبادر باخراج الجنين من الطريق الطبيعية أو بالشق البطني بتعاليم تعدد عنق الرحم وعدمه فإذا كان التمدد تاماً أسرع في اخراج الجنين باليد أو بالجفت من المسلك الطبيعي وان لم يكن تاماً أخرج بالشق البطني

( في تمزق المهبل ) - قد يتمزق المهبل بينما تنحصر الرأس انحصاراً قوياً في المضيق العلوي بسبب ضيق الحوض وحصول الانقباضات الرحمية الشديدة ويغلب تمزقه أثناء عمل التحويل بيد غير متميزة . وعلى العموم اذا حصلت هذه التمزقات يجب على المولدة المبادرة لاخراج الجنين من السبل الطبيعية واخراج الخلاص مع عدم تركه عرى معوية منحصرة في الجرح ثم خياطة التمزق اذا كان متسعاً ثم فعل زروقات معقمة وسد فوهة المهبل بالغاز اليودوفوري وتؤم المرأة بالاستلقاء على ظهرها مدة طويلة فاذا اخرج الجنين من التمزق المهبلي وصار في التجويف البطني أخرج بالشق البطني في الحال

( في أمراض الجنين التي تمنع الولادة الدائرية ) - لانتكاه هنا الاعلى الانفريما والاستسقاء الدماغي وانفري والزقي واحتباس البول وضخامة الكليتين

( في الانفريما ) - لا يصير الجنين أنفريماً وبالابعد موته وتعفنه الذي يعرف بالرائحة الكريهة

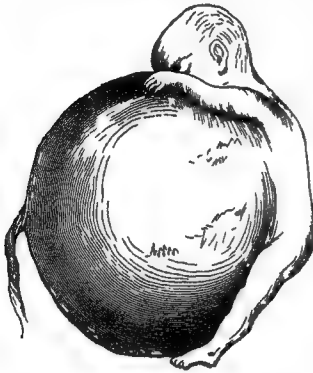
الكريمة المنتنة المتصاعدة من الاعضاء التناسلية وبالصوت الطبلي الذي يسمع عند القرع على القسم الخثلى . فاذا حصل ذلك ينبغي للولد الاسراع فى اخراج جثته ببطء وأشق الجزء الاقى به وتفتيت الرأس بل وتقطيع الخدع لتصغير حجم الجثثه ما أمكن وسهولة اخراجها مع استعمال الزروقات المعقمة بطريقة مسطرة

(فى الاستسقاء الدماغى) - الاستسقاء الدماغى هو تراكم كمية من المصل زيادة على المعتاد فى تجويف الصحايا الخفية . وقد يكون جزء من الكيس بارزا من العظم ومكونا لكيس آخر خارجى مستطرق بالكيس الداخلى . وينجم الاستسقاء الدماغى عن حدوث مرض الجنين أو تدول زواج الاقارب أو عن الزهرى الوراثى وهو الغالب . وقد يكون عتق الرحم ممتددا والأغشية متمزقة والانقباضات الرجعية قوية وحوض المرأة جيد او طلقها منتظما ومع ذلك لانحر الرأس من المضيق العلوى لكبر حجمها بهذا الاستسقاء . وبجلس المهبل يدرك الاصبع رأسا غير محدبة بل مفرطة تقريبا بمسافات غشائية عريضة هى التنداريز والبوايج التى تتورم مدة الام وترتخى مدة الراحة ويظهر بالضغط أحيانا فيها نوع تنؤج وبهذه العلامات يلتبس الاستسقاء الدماغى بجيب المياه ولكن وجود هذه المسافات بين اسطمة صلبة يميز الرأس عن جيب المياه ويكفى أيضا المعرفة فروة الرأس حكمها بالظفر فاذا كانت الاغشية سليمة ينزلق الظفر فوقها بدون أن يرفع منها شيئا واذا كانت متمزقة يرفع معه الشعر الصغير لفروة الرأس فاذا لم يكف ذلك فى التشخيص يوضع المنظار لترى به فروة الرأس أو أغشية جيب المياه فى تحقق الطبيب من وجود الاستسقاء الدماغى ومن عدم امكان نزول الرأس فى التجويف الحوضى بادريبطها فى محاذاة احدى المسافات الغشائية التى يمكن الوصول اليها بسهولة . ومتى استفرغت المياه الدماغية أخرجت الرأس بالجفت وان لم يمكن فتنب بعد ثقبها . واذا كانت الرأس أعلى المضيق يفعل التحويل عقب بط رأس بالالة الشاقبة للعلم (تارنيير) أو بالمقص الطويل أو بالشرط والافضل أن يكون بالالة البازالة المخلطة التى ينزل بها الاستسقاء البطنى عادة مع الاحتراس من اصابة المخ اذا كان الجنين حيا وأريد اخراجه بدون أن يمس ضرر . وأما فى حالة تجبى الجنين بالاقدام فبمجرد خروج جذعه من الفرج وتحقق أن العائق لتمام خروجه هو الاستسقاء لدماغى فبدلا من أن تشعب الجمجمة تفتح القناة الفقرية فحذاء احدى الفقرات الظهرية الاولى بارلة جزء من جدارها الخلفى ثم يدحل فى هذه الفتحة بمحس من صمغ من موشع يسلك يدفع الى أن يصل طرفه الى الجمجمة ليخرج



كمية من السائل الدماغي فيقل حجم الرأس ثم تجذب بالجفت فإذا لم تخرج ثقيبت وفتنت ثم أخرجت لأن الغرض المحافظة على حياة الام

(الاستسقاء الفقري) - إذا حصل الاستسقاء الفقري لدى الجنين وكان عظيما منع الولادة العادية سواء كان الجنين آتيا برأسه أو بالأقدام وعلى كل فني عريف الطبيب هذا الاستسقاء لازمه بطه ثم جذبه من أقدامه بشدة لآخر أوجه



PR

لا

شكل (٩٨)

(الاستسقاء الزقي) - يندر حصول هذا الاستسقاء لدى الجنين فإذا حصل وكان مانعا لخروجه وجب بط بطنه إذا أمكن الوصول إليه لآخر أخرج السائل منه حتى يسهل خروجه

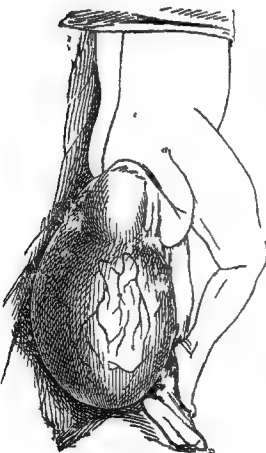
(احتباس البول) - قد يحصل احتباس بول الجنين ويضخم عنه تمدد مثانة تمددا عظيما كما في شكل (٩٨) فيعوق خروج الجنين واذن يلزم بط القسم الختلي له لاستفراغ البول ثم

يجذب فيخرج بسهولة

(في النمو غير الطبيعي للكيتين) - قد تحصل ضخامة عظمية في كيتين الجنين تمنع الولادة فينبغي تقطيع الجنين أربا وأخرجه وقد توجد أورام أخرى منكيسة ككافي

شكل (٩٩) لكنها لا تعوق ولادة

(واجبات لطبيب في الحيات الرديئة للجنين) - ففي المجيء بالوضع المنحني للقامة في المضيق العلوي متى كان قد دغنت الرحم كاملا يلزم المولد تمزيق الأغشية والاجتهاد في تعديل الرأس وجعلها في وضع جيد ويكون ذلك بالأصابع أو بأحدى ملعقتي الجفت



شكل (٩٩)

هذا

فاذا لم يثمر هذا العمل وكان الحوض متسعاً أسرع في عمل التحويل ما لم تكن المياه قد خرجت من الرحم والرأس محصورة في أعلى التجويف ففي هذه الحالة يلزم اخراجه بالجفت . واذا فضل المولود اخراج الجنين بالجفت من أول الامر عندما تكون الرأس خالصة في المضيق العلوى وجب عليه أن ينتظر مقدار خمس ساعات أو ست قبل وضعه لانه ربما يحصل تعديل الوضع بواسطة القوى الطبيعية خصوصاً اذا ساعدها المولود بتعديل الرحم بيده بينما تكون اليد الأخرى موضوعة على قمة الرأس مباشرة

( واجبات الطبيب في الوضع المؤخرى الخلفي لقمة في التجويف الحوضي ) - متى نزلت الرأس في التجويف الحوضي ولم تتم حركتها الرجوية الباطنية فالمؤخرى يبقى موضوعاً في تقعر الجمجمة عوضاً عن أن يأتي أسفل القوس العاني ومع ذلك تحصل الولادة في أغلب الأحوال من ذاتها لان المؤخرى ينتهي بوصوله الى أسفل القوس العاني وان كان بسطة عظيم انما يكون الجنين معرضاً للخطر والمرأة معرضة للاضغلال العصبي والجمجمة معرضة للتمزق ولذا يجب اخراج الجنين بالجفت بدون انتظار انما ينبغي قبل وضع الجفت فعلى شق خلفي في جانبي الفرج اذا رأى المولود ان الجمجمة الخلفي للفرج متوتر فيقلماع مشرف على التمزق وبعد وضع الجفت تخرج الرأس بالوضع الخلفي أو بفعل الدوران الباطني كي يصير المؤخر تحت العانة وهذا أسهل لانه لا يخشى فيه على الجمجمة ثم ان هذا الدوران لا يفعل الا بعد نزول الرأس ووصولها الى الجمجمة فوضع الجفت اذن مرة كافٍ لفعل الدوران الذي يفعل نحو الجهة المتجهة اليها تظهر الجنين

( واجبات الطبيب في الوضع المؤخرى المستعرض لقمة في المضيق السفلي ) - الرأس الاتية بالوضع الثاني ولم تفعل عند وصولها الارضية الحوض الانصف حركتها الرجوية الباطنية تبقى موضوعة بالعرض في المضيق السفلي وهذه حالة رديئة فلاجل تعديلها وتوجيه المؤخرى الى الامام فوضع المرأة كاتوضع لعملية التحويل ثم تدور رأس الجنين بانزلاق سبابة ووسطى احدى اليدين ووضعهما على الخد المتجهة الى الاعلى وسبابة ووسطى اليد الأخرى خلف اذن الجهة المقابلة ثم تفعل من كلا الجهتين حركة مضادة والاحسن ان تترك اليد بتمامها التي تتوافق راحتها مع المؤخرى تحت الخد الاسفل وتدخل السبابة والوسطى في الفم بحركة كب عنيف للذراع ينحى المؤخرى تحت القوس العاني ولا يلتجأ للجفت الا اذا لم يثمر هذا العمل ( واجبات الطبيب في الاوضاع المؤخرية العانية أو المؤخرية المعجزة الواصلة مع وقوف في المضيق العلوى ) - يجب على الطبيب وضع الجفت واخراج الجنين اذا كانت الرأس غير

منحركة وخارج جميع المياه وأما إذا كانت الرأس لم تزل منحركة والمياه باقية في الرحم فيفعل التحويل

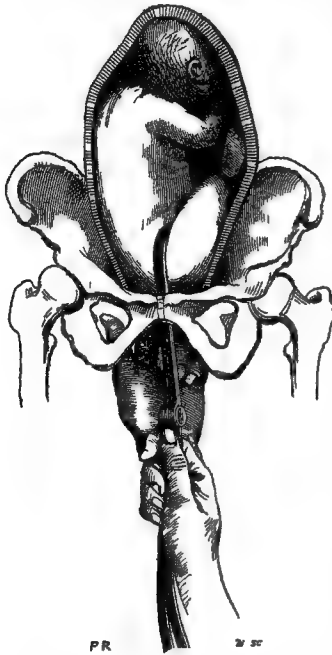
(واجبات الطبيب في الوضع الذقني الخلفي للوجه في المضيق السفلي) - الوضع الذقني الخلفي يكون طبيعياً إذا كان الوجه لم يزل في المضيق العلوي وفي التجويف وهو - هذا الوضع هو الأكثر حصولاً للوجه من الأوضاع الأخرى ولا يستدعي توسط المولود إذا يلزم انتظاره - بل الطبيعة لأن الرأس تنزل شيئاً فشيئاً على أرضية العجان وهناك تفعل حركتهم الرجوية فتجبه الذقن تحت القوس العاني إذا لم يعقها عائق فتنتهي الولادة من ذاتها لكن إذا اتفق عدم حصول الحركة الرجوية الباطنية وبقيت الذقن إلى الخلف عوضاً عن أن تأتي إلى الامام فلا يتعظم في انتهاء الولادة من ذاتها حينئذ يلزم المولد وضع الجفت لتوجيه الذقن بسرعة إلى الامام فإذا كان العمل بالجفت الاعتيادي يلزم وضعه مرتين متواليتين للوصول إلى دوران الرأس نصف دائرة أما إذا فعل بجفت صغير مستقيم فيمكن الوصول إلى فعل هذه الحركة من أول وضع للجفت. والخطر الذي ينجم عن هذا العمل للجنين هو موته بسبب الضغط الواقع عليه من الجفت أو من غرق نخاعه العنقي كأنه يموت إذا ترك خروجه للقوة الطبيعية بل وتغوت المرأة أيضاً لأنه لا يمكن انتهاء الولادة من ذاتها ولذا يلزم الاجتهاد في تخليصها بأخراج الجنين بالجفت وبه يمكن إخراج الجنين حياً انما يلزم إذا كان الجنين حياً ولم يتعسر وضع الجفت أن يوضع الجفت ولا تفعل الحركة الرجوية العظمى للرأس إلا في زمنين بينهما فقرة مدتها نحو عشر دقائق فهذه الكيفية مجدية جذع الجنين زماناً يتبع فيه حركة الالتواء الحاصلة للعنق

(واجبات الطبيب في الأوضاع غير المنتظمة للقعدة) - قد تأتي المقعدة في المضيق العلوي وكذا في التجويف الخوضي بوضع عجزى عجزى أو بوضع عجزى عاني وهذا أن الوضعان قليلاً الزاوية لا مفاقد يعتقد لأن من نفسها كل قربت المقعدة من أرضية العجان لكن أحياناً يبقى العجزى أحدهما من الحلين حينئذ يلزم التوسط لأجل وضع الحركتين في اتجاه جيد وتوجيه ظهر الجنين نحو إحدى الحفرتين الحقيقتين للام إذا لم يكن فيها ومتى جاءت المقعدة بالتحريف زائد إلى المضيق العلوي بدون أن تنحصر فيه لزم فعل التحويل وأما إذا تزلزلت في المضيق ولم يمكن رده بالتحويل فيستعمل المشبك المتلم للجفت بوضعه في أربية الجنين وجذبه كما في شكل (١٠٠) وأما إذا وصلت المقعدة للأخرج وكانت الفتحة الرجوية ممتدة تعدد أعظيها وكان جيب المياه متمرقاً فاجذب بوضع السبابه والوسطى منحنين في ثبة أربية الجنين

انظر شكل (١٠٠) في صحيفة ١٦١

(واجبات)

واجبات الطبيب في المجيء الفجائي البذع - قد يتفق أن الرأس تجيء في وضوح ثم



شكل (١٠٠)

لا ينشأ عنه ضرر ويخرج الرأس بالجفت اذا كانت الاعضاء منحصرة والرحم منقبضا على نفسه لانه لا يمكن عمل التحويل حينئذ وينضل التحويل اذا كانت الرأس لم تزل متحركة وتحقق من عدم امكان رد العضو الساقط لانه يصعب وضع الجفت في المضيق العلوى ويبادر بالتفتيت ووضع الجفت لتخفيض الام سرعة اذا شاهد أن اليد الساقطة عديدة الحركة وان الفرع يخرج منه سائل مصفر ولم يدرك بالسمع ضربات القلب لان ذلك يدل على موت الجنين . ثم ان سقوط اليد لا يمنع من فعل الجنس المهبلى لان به يعرف ان كان الجزء الآخر في مع اليد الكتف أو الرأس فاذا عرف أن الجزء الآخر في هو الرأس كان ذلك خطرا على الجنين

لانه يعطى الولادة الذاتية ويحبس الى الاستعانة بالجفت اذا كان الخوض متسعا وأما اذا كان ضيقا فيموت الجنين لانه لا يمكن خروجه بالجفت الا بعد التفتيت

(واجبات الطبيب لدى المهيءة أو الوجهه مع سقوط الذراعين معا) - يجب على المولود فعل التحويل اذا كان ممكنا ولم يمكن رد الاعضاء الساقطة لأن وضع الجفت على رأسه مضمرة في المضيق العلوى مع ذراعين ساقطين خطرا فلا يلتجأ لفعله الا اذا لم يمكن عمل التحويل وقد لا يمكن اخراج الجنين بالجفت الا بعد تفتيت الجمجمة

(واجبات الطبيب لدى المهيءة أو الوجهه مع سقوط أحد القدمين) - ينبغي للمولود الاجتهاد في رد القدم الساقطة ودفعها الى المضيق العلوى واذا لم يمكن بفعل التحويل ولكن اذا انحصرت الرأس مع القدم وتعرض فعل التحويل اخراج الجنين بالجفت فاذا لم يفسد فنتت الرأس وأخرجت الجثة . واذا وجد الطبيب بجانب الرأس القدمين أو قدما وذراعا بدر في الحال لفعل التحويل مع الاعتناء بتثبيت القدم الا كرسوة طارئة على هيئة عروة فاذا كانت الاعضاء المذكورة محصورة في التجويف وضع الجفت أولا واذا لم يثمرت تفتيت الجمجمة وفتنت ثم أخرجت بالجفت

سواء تتركب الرحم والمهبل والفرج وأما من كل واجبات الطبيب فمخوذلك - سواء تتركب هذه الاعضاء قد يكون خلقيا وقد يكون مكتسبا . وقد شوهد أن امرأة وصلت لانها معدة الحمل وعنق رحمها مسدود وأن الانسداد حصل بعد العلق عقب التهاب رحى تقرح في الحالة المماثلة لهذه عند عدم حصول الولادة الذاتية بفعل الطبيب القطع الرحى من المهبل ولاجل ذلك يدخل في قاع المهبل منظار اذا أربيع فلق ويشق جزء الرحم الملاصق لطرف المنظار شقا مستعرضا طوله من أربعة الى خمسة سنتيمترات وفي هذا الشق يفعل شقين أحدهما الى الامام والاخر الى الخلف ثم يترك الطلق ونفسه أو يخرج الجنين في الحال بالجفت تبعا لحالة المرأة والقطع الرحى المهبل المذكر قليل الخطر انما يلزم قبل فعله الاجتهاد في تباعد شفتى عنق الرحم عن بعضهما بالضغط بالسبابة بينهما لان ذلك قديم كفى لزوال الالتصاق وحينئذ لا يحتاج لفعل الشق . وقد يكون العنق مفتوحا قليلا وحوافه صلبة ينسج ندبي فلا يتمدد بالمجهودات العادية للولادة ففي هذه الحالة يفعل بعض شقوق صغيرة بمنشر ذى ذر منقاد على سبابة اليد اليسرى طول ~~كل~~ شق من واحد الى اثنين سنتيمترى اتجاهات مختلفة سيما في الجانب والخلف وبذلك يمكن ادخال الجفت واخراج الجنين . وقد

شوهه عند مراهته متغيرة الولادة وجود حاجز قاسم للرحم الى تجويفين من الأسفل وكانت هذه الحالة في ثلثي ولادة لهذه المرأة ووجدت رأس الجنين في جهة وقدماه في جهة أخرى والجذع فوق الحافة العليا من هذا الحاجز ففي شوههت حالة ثمانية لذلك بواسطة الجس يضع الطبيب اليد اليسرى في الرحم اذا كانت القطعة المكونة للورم على اليسار واليد اليمنى اذا كانت على اليمين ومتى وصلت الحافة العليا الحاجز الرحي جذب به بالاصابع ثم يدخل بواسطة اليد الاخرى مشرطاً طويلاً داز به يشق الحاجز من أعلى الى أسفل وبعد ذلك تتم الولادة بالطبيعة أو بالحدى الوسائط البسيطة كوضع الجفت أو التحويل . وقد يكون انقسام الرحم تاماً أي مكتوئاً خارجين فاذن يكون أحدهما نارة محتوية على جنين والآخر فارغاً



شكل (١٠١)

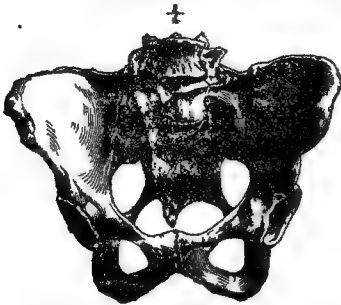
كفي شكل (١٠١) وفي هذه الحالة تكون الولادة أقل صعوبة وتارة يوجد في كل تجويف رحي جنين . حينئذ تكون الولادة صعبة جداً لانه يتدرز زول أحدهما بعد الآخر ولو حصل كانت المرأة عرضة للتزيف بسبب عدم انقباض الجهتين معا . وقد يكون المهبل ضيقاً خلقياً أو عارضياً بسبب ألجمة ندية عقب التهاب تقرحي فيصعب خروج الجنين ففي تحقق الطبيب

وجودها واجب عليه ازالته من كلتا الجهتين بمشرط غير حاد الطرف . وقد يكون غشاء البكارة سليماً وقت الولادة لعدم غزقة وقت الجماع فيجب على الطبيب شقه من أعلى الى أسفل بمشرط ذي زراو بمقص مخن على جنبه غير حاد الطرف معقم . وقد شوهه عدم عند الفرج واعاقته الولادة والواجب في هذه الحالة فعل شقين جانبيين خلفيين في الجمع الخلفي للفرج واذا لم يخرج الجنين بنفسه أخرج بالجفت اذا كان آتياً بالأسفل وأخرج باليسدين اذا كان آتياً بالمقعدة . وفي الحالتين يكون الجذب بسيطاً . وقد يوجد حاجز متوسط فاصل للرحم والمهبل الى جزأين أي رحم ومهبل يميني ورحم ومهبل يساري . وفي هذه الحالة يفعل التحويل لخراج الاجنة \* ثمان الامراض التي تصيب الرحم والمهبل والفرج وتعوق الولادة الذاتية هي الأورام الليفية والسرطانية أو البوليبيوسية أو الأوريميا أو الانسكابات الدموية أو الأورام المبيضية . فاذا علم المولداً أثناء الطلق أن عنق الرحم فيه ورم ليفي أو سرطان

أو بوليوسى عائق لتجديده انتظر رفته من الزمن فاذا لم يخرج الجنين بنفسه فعزل شقين أو ثلاثة في الجزء السليم من الفوهة الرجعية ثم أخرج الجنين إما بالتحويل أو بالجفت تبعاً للحالة فاذا لم يصبح ذلك أخرج الجنين بالشق البطنى . وفى حالة وجود أورام دموى فى عنق الرحم يلزم تشريط هذا الجزء من الزوالهما وبعد ذلك تحصل الولادة الذاتية وكذا يفعل التشريط اذا كان العائق للولادة أوراماً فى المهبل . وأما اذا كان العائق ورماً دمواً فى المهبل ونعسر معه استفرغ الدم الموجود فيه فيسرع الطبيب فى اخراج الجنين بالجفت أو بالتحويل قبل ازدياد حجم الورم ومنعه انتهاء الولادة . ثم ان أورام الفرج يسد أن تعوق خروج الجنين عاقبة شديدة ولكنها تستأصل متى كانت صلبة وتشفى متى كانت سائلة تسهيلاً لخروجه وكذا يفعل الشق فى الورم الدموى للشفرين العظميين فاذا تأخرت الرأس عن الخروج بعد ذلك أخرجت بالجفت \* وأما أورام المبيض فانها ان لم تحدث الاجهاض تكون عائقة للولادة فى كثير من الاحوال فاذن ينبغي دفعها الى الحفرة الحرقفية أعلى المضيق العلوى أثناء الولادة فادام يمكن دفعها فان كانت سائلة لزم بطها وان كانت صلبة لزم اخراج الجنين بالعملية القيصرية قبل اضمحلال المرأة \* وقد تعاقب الولادة بوجود اسكيروس المثانة وحصولاتها الكبيرة . ففى حالة وجود الاسكيروس يخرج الجنين بالجفت اذا كان ميتاً فاذا لم يفد ثقت ابهجمة وقتئذ ثم أخرجت بالجفت واذا كان الجنين حياً أخرج بالشق البطنى . وفى حالة وجود الحصاة المثانية يجتهد فى دفعها الى أعلى المضيق العلوى اذا سمحت الحالة بذلك فاذا لم يمكن بسبب المحصار جزء الجنين فى التحويف يجتهد فى جذب فعر المثانة مع الحصاة المحتوية عليها الى ما تحت القوس العائى فاذا لم يخرج الرأس مع هذا فعل شق فى المستقيم ثم فى الجدار الخلقى للثانة ثم تستخرج الحصاة

وواجبات الطبيب لدى وجود ضيق فى الحوض \* متى وجد ضيق فى جميع أقطار الحوض سمي هذا بالضيق المطلق ومتى وجد فى قطر أو قطرين من أقطاره سمي بالضيق النسبى فالضيق المطلق ينشأ عن وقوف فى غوا الحوض ويكون منتظم الشكل لكنه صغير كعوض من سنها عشرين سنين الى اثنتى عشرة سنة وهذا النوع نادر المشاهدة لانه لم يوجد منه الا أربعة احواض وأقطار كل حوض منها تنقص عن الاقطار الطبيعية بنحو (٢) سنتيمتر ونصف كفى شكل (١٠٢) ففى الحالة المعاكسة لهذه يجب على الطبيب المبادرة لاخراج الجنين بالشق البطنى من ابتداءه المطلق . ويعرف الضيق الحوضى بقياسه لانه لا يختص بقصيرة القامة بل شوهد عند

انظر شكل ١٠٢ فى صحيفة ١٦٥



طويلاتها ومتوسطاتها  
في أغلب الأحوال ولاجل  
معرفة ضيق الحوض  
بالخاص بلزم المولد نذكر  
الانقسام الطبيعية للضيق  
العالوي والسفلي وان  
الحوض الجيد التركيب  
يكون فيه سمل الجعز في  
محاذاة الزاوية العجزية نحو  
سته سنتيم ونصف وسمل

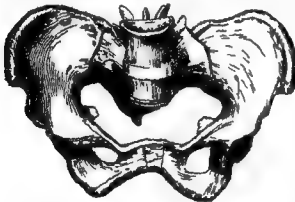
شكـل ١٠٣

شكل (١٠٣)

شكـل ١٠٤

الارتفاق العالي نحو سنتيم

ونصف والمسافة الموجودة بين قمة أول نتوشوك العجز والوجه المقدم للارتفاق العالي نحو  
١٩ سنتيمرا والمسافة التي بين العرفين الحرقفيين من جهة الوسط من (٢٧) الى (٢٨)  
سنتيمرا والمسافة الموجودة بين الشوكتين الحرقفتين العالويتين المقدمتين (٢٤) سنتيمرا  
• وأما الضيق النسبي فيوجد منه أربعة أنواع رئيسة وهي الضيق المقدم الخلفي والضيق  
المصرف والضيق المستعرض



والضيق في جملة اتجاهات في آن  
واحد واحد أكثرها مشاهدة هو  
الضيق المقدم الخلفي للضيق العالوي  
الذي يكون فيه بروز الزاوية العجزية  
الفقرية متزايدا كما في شكل (١٠٣)

شكل (١٠٣)

وفي هذا النوع يكون المضيقي السفلي

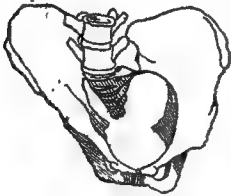
ونحو نصف الحوض طبيعيين وقد يكونان واسعين ثم يضيقل هذا النوع في الكثرة النوع الذي



شكل (١٠٤)

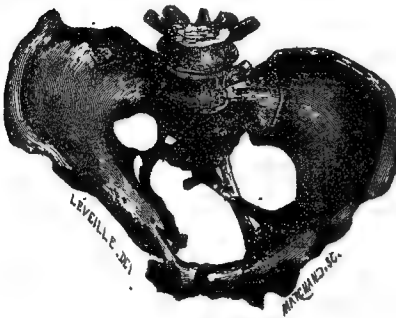
يكون فيه الحوض مغرطجا بانحراف كافي  
أشكال ١٠٤ و ١٠٥ و ١٠٦ وأما النوعان  
الاخران وهما الضيق المستعرض والضيق في  
جملة اتجاهات المشار لهما بشكلي ١٠٧  
و ١٠٨ فهما نادران وعلى العموم اذا ذكر  
حوض ضيق بدون تعيين نوعه يراد به حوض  
قطره العجز العالي قصير وقد نسب المولدون





شكل (١٠٥)

زمناطو يلا الضيق الحوضي بأنواعه للراشيتسم  
وذلك مكان خطأ منهم لأن لبن العظام المسمى  
استيومالاسي الذي يصيب الشابات أثناء الحمل  
يكون سيمياً أيضاً لحدوث عيوب في تركيب الحوض  
كأنه يساعد على حصول ذلك الخلع الذاتي أو  
العارضي لرؤس عظام الفخذين أو كسر الفخذين



شكل (١٠٦)

مع قصرهما الحاصل  
كل منهما زمن الصغر .  
وكذلك وقوف نمطو  
العظام في جزء من أجزاء  
الحوض لافي جيج  
محيطه يحدث ضيقاً  
في الحوض كما في شكل  
(١٠٩) حرفي (أ) و (ب)  
• ويوجد سبب آخر

لضيق الحوض وهو خلع

الفقرة الأخيرة القطنية من الفقرة الأولى العجزية إلى الامام كما في شكل ١١٠ و ١١١  
بحيث يصير البروز الناجم عن هذا الخلع مانعاً  
للولادة وأحياناً تنفر فقرة أو جلة فقرات قطنية  
أو عجزية وتجمي أجسامها كما في مرض (روت)  
حتى ينتج من ذلك أن فقرات القطن تبرز إلى  
الامام فتغطي فتحة الحوض وتسدها كما في شكل  
(١١٤) ولذا يلزم الطبيب إذا ادعى إلى من تعسرت  
ولادتها عدم السهو وعن معرفة سوابق جملها

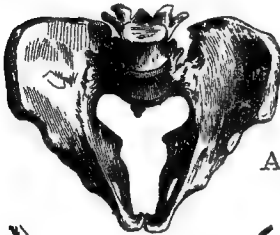


شكل (١٠٧)

انظر شكل ١٠٩ في صحيفة ١٦٧ وشكل ١١٠ و ١١١ في صحيفة ١٦٨ وشكل ١١٢ في صحيفة ١٦٩  
ووضعها



شكل (١٠٨)



A



B

كامل

شكل (١٠٩)

ووضعها ثم يبحث قائمتها ومنبتها وشكل  
أطرافها السفلى والتركيب الظاهر  
لحوضها ثم يقيسه ومن الخطأ أن  
يعتقد أن جميع النساء الحلب يكون  
حوضهن ضيقا بل النساء اللاتي صرن  
حدا عقب الراشيتن هن اللاتي يكن  
من هذا القبيل أي ضيقات الحوض  
وحينئذ تكون أطرافهن السفلى  
قصيرة معقدة ومقوسة فيمكن معرفة  
ذلك في أغلب الاحوال بمجرد النظر إلى

سيقانهم فإذا كانت طويلة مستقيمة بدون  
تعقيدات مفصلة علم أن لانشوه واضح في  
حوضها ولو كانت حدباء كما في شكل (١١٣)  
ويمكنها الولادة وحدها أو بمساعدة الجفت  
وأما إذا كانت المرأة حدباء قليلا ورأسا  
نخديها مقوسين وركبتاها غليظتين وساقاها  
معوجين فيعلم أن تركيب حوضها غير جيد  
ولا يمكنها حصول الولادة الطبيعية كما في  
أحواض شكل (١١٤) و (١١٥) و (١١٦)  
(في قياس الحوض) يقاس الحوض من  
الظاهر والباطن فالقياس من الظاهر يكون  
بواسطة برجل المعلم (بودولوك) المشار له

بشكل (١١٧) والقياس من الباطن يكون بواسطة الاصبع أو بالة المعلم (استين) المشار  
لها بشكل (١١٨) أو ببرجل المعلم (فنيو ثيل) شكل (١١٩) و (١٢٠) ولأجل استعمال برجل

انظر شكل ١١٣ في صحيفة ١٦٩ وشكل ١١٤ في صحيفة ١٧٠ وشكل ١١٥ و ١١٦ و ١١٧ في  
صحيفة ١٧١ وشكل ١١٨ و ١١٩ في صحيفة ١٧٢ وشكل ١٢٠ في صحيفة ١٧٣



شكل (١١٠)

المعلم ودور لولك في القياس من الظاهر  
تضجع المرأة على جنبها وتعطى بقيصها  
فقط ثم يبحث المولود بالاصابع عن التتو  
الشوكي للفقرة الاولى العجزية فيضجع  
عليه أحد أزرار البرجل ثم يبحث بعد  
ذلك عن قمة الارتفاق العاني ويضع عليها

الززالا سولالة كهاو

واضع في شكل (١٢١)

ثم ينظر الطبيب المسطرة

المدرجة الضامة لفرعيه

لمعرفة درجة تباعد

الززين عن بعضهما

فالخوض المنتظم

التركيب يبلغ قياسه

بالكيفية المذكورة ١٩

سنتيمترا فاذا لم يبلغ الا

(١٦) ونصفا يقال له

حوض ضيق من الامام

الى الخلف في محاذاة

مضيقه العلوى لانه

متناقص بنحو سنتيمترين



شكل (١١١)

ونصف واذا كان الخوض قياس تباعد العرفين الحرقفين أو تباعد المدورين اللذين يبلغ  
قياس كل منهما في الحالة الطبيعية في الخوض الجيد (٢٧) سنتيمترا تضجع المرأة على ظهرها  
ثم يضع المولود رضى البرجل على النقط المقابلة المراد معرفة تباعدها ويقابل بعد ذلك لارقام  
المتحصلة من هذا التباعد بالارقام الطبيعية للخوض . ولأجل استعمال آلة المعلم (استين)

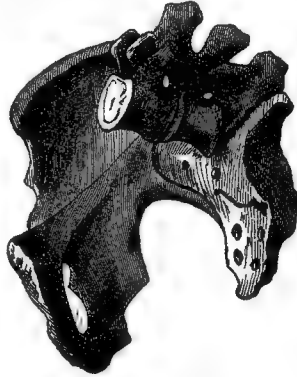
انظر شكل ١٢١ في صحيفة ١٧٣

شكل

شكل (١١٨) في القياس من الباطن توضع المرأة على حافة سريرها كما توضع لاجل وضع المنظار ثم يدخل الطبيب سبابه يده اليسرى في المهبل الى أن يصل طرفه الزاوية العجزية



شكل (١١٣)



شكل (١١٤)

الفقرية  
ثم يراق  
عليها  
باليد  
اليمنى  
طرف  
ساق  
الالة  
الى أن  
يصل  
الى قمة  
هذه الزاوية وبعد ذلك يوجه جسم الساق نحو  
الارتفاع العائى بقدر الامكان ثم يوقف جراى الالة  
في محاذاة هذا الارتفاع ثم ينظر عدد الارقام من  
السنتمرات الجزء الداخلى في طرح منها سنتمرات ونصفا في  
مقابلة ميل الالة من أعلى الى أسفل فيحصل حينئذ  
على قياس القطر العجبرى العائى بالضغط . واذا أريد  
معرفة مقياس القطر العصعصى العائى يوضع طرف

الالة على العصعص ويوقف الجراى في محاذاة قمة القوس العائى ثم ينظر عدد الارقام من  
السنتمرات الجزء الداخلى فيكون هو قياس القطر المذكور وهذا لا يطرح شئ حيث لا يوجد  
ميل في وضع الالة وأما مقياس الحوض من الباطن بـرجل المعلم (فتوى يقبل) فيكون  
كالمقياس بـرجل المعلم استثنى انما يوجد في بـرجل المعلم فتوى يقبل ساق أخرى تدرك ويلف  
بالارادة على الساق المهمل بواسطة جراى وهذا الساق موشع طرفه العلوى برمة طويلة  
مشته بـزى يوضع بضغطة قليل على نقطة جبل الزهرة المقابلة للطرف العلوى للارتفاع العائى

انظر شكل ١١٨ فى صحيفه ١٧٢



شكل (١١٤)

وهذه هي النقطة الثانية  
للبرجل لان النقطة الاولى  
هي قبة الزاوية العجزية  
الفقرية الموضوع عليها  
طرف الساق المهبلي ثم يرفع  
البرجل بفك البرمة وبعد  
اخراجها ترد البرمة الى محلها  
الاصلى ثم يقيس المولد  
المسافة الكائنة بين قبة  
الفرع المهبلي وبرمة الفرع  
الظاهر بالسنتيمتر وي طرح  
منها سنتيمترا ونصفا فبقية  
سملك الارتفاع العاني  
فالباقي يكون طول القطر  
العجزى العاني بالضبط .  
وعند عدم وجود آلة المعلم  
استعين أو برجل المعلم  
(فنو يقيس) يمكن استعمال

قساطير التسايع معرفة مقاس هذه الاقطار فيوضع طرف المحس المذكور غير الحاد على الزاوية  
العجزية الفقرية أو على المصمص ثم يوضع على الساق ظفر الابهام على هيئة جرائ في النقطة  
المقابلة لقبة القوس العاني ثم يخرج محفوظا هذه الكيفية ويوضع على متر لأجل أن يعرف  
مقدار القطر المقدم الخلفي لضيق الحوض بالسنتيمترات المرقومة على المتر ويلزم دائما طرح  
سنتيمتر ونصف من الارقام المذكورة في مقابلة ميل الآلة كما سبق . ومن السهل أيضا  
استعمال السبابة في هذا القياس لانها أسهل من جميع آلات الاقيسة الحوضية الباطنية  
ولا ضرر في عدم وصول هذا الاصبع الى الزاوية العجزية الا قريبة لانه متى كان طوله  
اعتياديا ولم تصل أعظمته الى أعلى العجز لم أن القطر العجزى العاني لا ينقص عن ثمانية  
سنتيمتر ونصف وادن تنتهي الولادة بطريقة جيدة بالطبيعة أو بالجفت . ولا استعمال

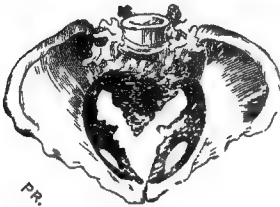
الاصبع

+



٤١٩ ٥٢٢ ٥٢٢

شكل (١١٥)



PR.

شكل (١١٦)

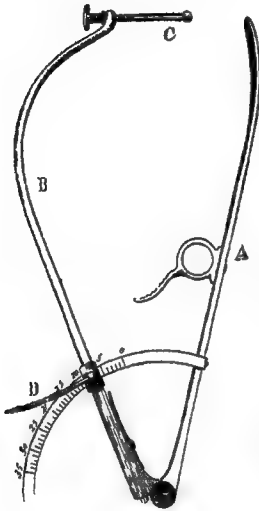


شكل (١١٧)

الاصبع في مقياس الاقطار الحوضية الباطنة  
يضع المولد سبابة اليد اليمنى في المهبل  
ويوجهها الى أعلى وانحرف نحو الزاوية  
العجزية التي تعرف بسهولة بواسطة البروز  
المتكون منها وبالاختفاض المستعرض  
النشائي من المفصل العجزى القطنى الموجود  
أعلاها فتى صار طرف السبابة موضوعا  
جيدا على الجزء المقدم من قاعدة العجز يرفع  
معصم اليد الى أن تعاق الحافة الكعبرية  
للأصبع بالجزء السفلى من ارتفاع العانة  
فيضع حينئذ طرف سبابة اليد اليسرى على  
سبابة اليد اليمنى الموجودة أسفل الارتفاع  
العانى كما هو مشاره بشكل (١٢٢) ويضغط  
بظفره ليحدث فيه علامة (حز) مع  
الاحترا من بابعاد الشفرين العظيمين  
والصغيرين الى أعلى ثم بعد ذلك يسحب  
المولد الاصبع الاول ويضعه على المتر  
ليعرف بمقدار الارتفاع التي بها يعرف  
طول المسافة التي تفصل الزاوية العجزية  
من قمة القوس العانى بعد طرح سنتيمتر  
ونصف لان الخط بسبب ميله يكون طويلا  
عن القطر العجزى العانى الذي يمتد الى أعلى

الارتفاع الى أسفله فاذا وجد مانع لا يطرح شيء وقد بطرح  
زيادة عن سنتيمتر ونصف اذا كان الارتفاع العانى عموديا. ولأجل  
قياس القطر العصعصى العانى بالاصبع توضع علامة سبابة اليد  
اليسرى على قمة العصعص ثم يرفع المعصم الى أن تعاق الحافة  
الكعبرية لهذا الاصبع بالجزء السفلى من ارتفاع العانة ثم

انظر شكل ١٢٢ في صحيفة ١٧٢



شكل (١١٩)

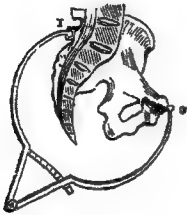


شكل (١١٨) قياس مضبوط فاذا اريد معرفة

نعلم هذه النقطة بطرف سبابة  
اليسد البيني كما هو مشار له بشكل  
(١٢٣) ثم يخرج أصبع اليسد  
اليسرى ويوضع على متر يعرف  
أرقام امتداد القطر المقدم الخلفي  
للمضيق السفلي بغاية الضبط ولا  
يطرح هنا شيء من الرقم المتحصل  
لانه لا يوجد ميل في اتجاه الاصبع  
لكن في كثير من الاحوال يلجأ  
الى استعمال آلة المعلم (استين)  
أو المعلم (فنيو بيل) المذكورين  
لقياس الاقطار المستعرضة أو  
المخرفة للمضيق العلوي اذ  
بدونهما لا يصل المولد الى معرفة

قياس مضبوط فاذا اريد معرفة شكل (١١٨)  
القطر المستعرض مثلاً بواسطة ما يوضع ملوق الفرع المهبلي بعد ادخاله في المهبلي على الحافة  
البيني للمضيق العلوي ثم يوصل زر برمة الفرع الآخر الخارج بالمدور العظيم للجهة الاخرى  
أعنى المدور الايسر ثم تقرأ أرقام المنحصل وتكتب ثم بعد ذلك ينقل الملووق المهبلي ويوضع  
على الحافة اليسرى للمضيق المذكور مع زر البرمة على مدور الجهة نفسها ثم ينظر مقدار  
الارقام وتطرح أرقام القياس الاخير من الاول فالباقي هو طول القطر المستعرض للمضيق  
العلوي. ولاجل قياس الاقطار المخرفة تستعمل هذه العملية نفسها انما يوضع زر البرمة على  
الارتفاع الحرقفي العاني والموقوق المهبلي على الجزء المقدم من الارتفاق المعزى للجهة الاخرى  
وتؤخذ الارقام ثم يوضع الملووق المهبلي على نقطة المضيق العلوي المقابلة للارتفاع الحرقفي  
العاني الموضوع عليه زر البرمة من الخارج وتؤخذ أرقام قياسه ثم تطرح أرقام القياس  
الاخير من أرقام القياس الاول وما بقي فهو اتساع القطر المخرف. والسبابة كافية لقياس

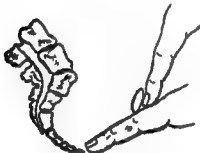
انظر شكل ١٢٣ في صحيفة ١٧٣



شكل (١٢١)



شكل (١٢٢)



شكل (١٢٣)



شكل (١٢٠)

أقطار المضيق السفلى  
بل تفضل فيه عن  
الآلات السابقة  
لسهولة العمل . وعلى  
كل لا يلزم الاقتصار  
على قياس الخوض  
من الظاهر بل يلزم  
أخذ قياس الأقطار  
المخسوفة البيني  
واليسرى للخوض  
الكبير بأحدى الآلات  
المتقدمة ثم مقابلتها  
ببعضها . ويمكن  
التحقق من عيب  
تركيب الخوض

بوضع المرأة واقفة وتظهر هامر تكرب بطول حاجز  
ثابت ثم يمسك خيطان ينتهي كل منهما بشقل من

الرصاص ويوضع الطرف السائب لأحد الخيطين على النتوء الشوكي العجزي للفقرة الأولى  
والآخر على الحافة السفلى للارتفاق العاني بحيث يكون وضعهما وتثبيتهما بواسطة مساعد  
يقف بجانب المرأة ويقف المواد أمامها بعيداً عنها بقليل وينظر هذين الخيطين هل هما  
موجودان متوازيين أحدهما أمام الآخر على السطح المقدم الخلفي أولاً فإن لم يكونا كذلك  
علم أن هذا الخوض منحرف بوضاوي ومن درجة انحراف الخيط المقدم يمكن أن يحكم  
بالضبط على امتداد عيب التركيب لأن هذا الخيط يذهب دائماً نحو الجهة المقابلة للارتفاق  
العجزي الخرفي المنتص . وفي الأحوال الزائدة في الانحراف يكون الخيط المقدم موازياً  
للسطح العمودي للارتفاق العجزي الخرفي غير المنتص . ثم إن المعلم (تارنير) ذكر  
طريقة لقياس أقطار المضيق السفلى أسسها على أن القطر المنحرف له يزيد عن القطر



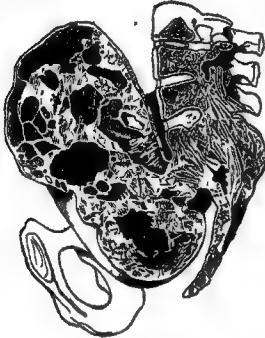
الوركي المزدوج لهذا المضيق بخمسة ملائمتين وهي أن يضغط الطبيب بإبهام يديه الأجزاء الرخوة للجدبتين الوركيتين من الخلف طالما تكون المرأة مستلقية على ظهرها منثنية الفخذين ويكون الضغط بقوة حتى يصل إلى العظم فيضغط على الجلد بظفره في محاذاة العظم المذكور فتظهر علامة في الجلد ثم نضع مسطرة بين هاتين العلامتين لمعرفة المسافة الموجودة بينهما ثم بطرح من أرقامها ١١ ملائمتان في مقابلة الانسجة الرخوة الموجودة فوق العظام والباقي هو القطر المستعرض أو الوركي المزدوج فإذا اضعف إليه خمسة ملائمتين كان الناتج هو طول القطر المنحرف المضيق السفلي. وهناك طريقة أخرى لعمل القياس المقابل للجهتي الحوض وهي أن يقاس من الشوكة الفقرية القطنية الخامسة إلى الشوكة الحرقفية العليا الخلفية ويحفظ ما وجد ثم يقاس من هذه الشوكة الفقرية القطنية أيضا إلى الشوكة الحرقفية العليا المقدمة ويحفظ ما تحصل ثم يقابل المثلثان ببعضهما ما وكذا يفعل في الجهة الثانية ثم يقاس من الشوكة الحرقفية العليا لأحدى الجهتين إلى الشوكة الحرقفية المقدمة العليا للجهة الأخرى ثم من الحدة الوركية لأحدى الجهتين إلى الشوكة الحرقفية المقدمة العليا للجهة الأخرى ثم تفعل هذه القياسات أيضا في الجهة الأخرى من الحوض ثم تقابل قياسات الجهتين ببعضهما وبذلك يعرف أن كانت جهتنا الحوض متوازيتين أولا

(في إنداز المضيق الحوضي) - متى وجد مضيق عظيم في حوض الحامل كان خطر عليها وعلى الجنين إذا تمت مدة الحمل ومع ذلك يختلف الإنذار بحسب مجلس الضيق ودرجته فإذا كان مجلس الضيق المضيق العلوي وكان شاغلا للقطر المعزى العاني كان كثيرا للخطر. والتفرطحات الحوضية المنحرفة والمستعرضة قليلة الخطر إذا كانت بسيطة. وأما مضيق المضيق السفلي فلا أهمية له لأنه لا يعوق جزء الجنين الآتي فيه ولا يعوق أعمال الطبيب إذا التجأ للعمل بخلاف ما إذا كان جزء الجنين الآتي واقفا في المضيق العلوي فيكون التوسط صعبا لأنه يحصل لدى المرأة تعب لطول القناة التناسلية وانحنائها أثناء إدخال الآلة فيها وأما الإنذار بالنسبة للدرجة الضيق فيكون خطرا على الجنين وأمه كلما كان الضيق عظيما لأنه يتعذر الخروج الذاتي للجنين حينئذ

(واجبات الطبيب لدى مضيق الحوض) - قد تحصل الولادة الذاتية إذا كان القطر الضيق للحوض لا ينقص عن تسعة سنتيمترات ونصف وكان الحجي بالقوة وأما إذا كان الحجيء

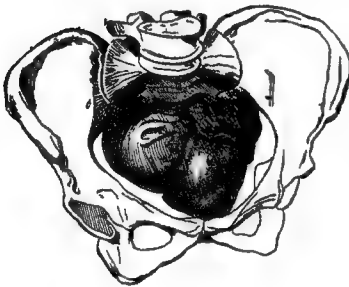
بالقدمين فيكون خطراً على الجنين لضغط الحبل السري وانسبأ الرأس لان حصول كل من هاتين الحالتين لابد منه تقريباً . فاذا وقفت الرأس في المضيق العلوى وجب على المولود أن ينتظر رغماً عن غد دعنى الرحم نحو خمس ساعات أو ست مدامت الانقباضات الرجية وصحة المرأة والجنين جيدة قبل الاقدام على اخراجه بالجفت وفيما بعد اذ لا يبادر بالاخراج بالجفت متى سمعت بذلك فتحة عنق الرحم وكذلك يبادر باخراجه بالجفت اذا كان المهيء بالوجه وكانت الذقن الى الامام اما اذا كانت الى الخلف فيجهد أولاً في نفي الرأس أو في تحويل المهيء بالوجه الى المهيء بالقمة فاذا لم يثمر اخرج بالجفت . وأما اذا كان طول المضيق السفلى نحو تسعة سنتيمترات ونصف وعاق الرأس فلا ينبغي الانتظاراً أكثر من ساعة فاذا لم تمر الرأس أخرجت بالجفت اذ مكثها في التجويف زمناً طويلاً ينشأ عنه غرغرينا الشفة المقدمة للعنق وألقاع المثانة بسبب ضغط الرأس عليها . ومتى كان قطر الحوض لا يزيد عن ثمانية سنتيمترات فلا يمكن حصول الولادة الذاتية ما لم تكن رأس الجنين صغيرة جداً والانقباضات الرجية قوية مستمرة وفي هذه الحالة لا يجب على الطبيب الانتظاراً أكثر من ساعتين اذا كانت الرأس في المضيق العلوى بل يجب اخراجها بالجفت متى سمعت فتحة عنق الرحم بذلك . واذا كانت الرأس أسفل التجويف الحوضي لا ينتظراً أكثر من ساعة فان لم يخرج الجنين اخرج بالجفت . وقد لا ينجح المولود في أول وضع للجفت اذا كانت الرأس واقفة في المضيق العلوى فيضطر لوضع ثان بل وثالث لكن يلزم أن يتخلل بين كل وضعين نحو ساعتين لراحة المرأة فاذا لم يقد الوضع الثالث أسرع في ثقب الجمجمة ثم يخرج بالجفت وان لم تمر الرأس فنت ثم أخرجت بالجفت والافضل متى كان الجنين حياً ان يبادر لاخراجه بالشق البطني . وفي حالة ما اذا كان قطر الحوض أقل من ثمانية سنتيمترات وأكثر من ستة ونصف يلزم المولود أن يسرع بثقب الجمجمة وتفتيتها ثم اخراجها بالجفت والافضل الاخراج بالشق البطني اذا كان الجنين حياً أيضاً . واذا كان القطر أقل من ستة سنتيمترات ونصف وكان الجنين ميتاً فلا وسيلة هنا لثقب الجمجمة وتفتيتها ثم اخراجها بالجفت واذا كان الجنين حياً أخرج بالشق البطني . فاذا كان الحوض الضيق منحرفاً يميناً او يساراً يلزم قبل العمل بالبحث في الحوض عن الجهة المتجه اليها المؤخر فان كان متجهاً للجهة المتسعة من الحوض أمكن ترك الطلق الى الطبيعة وأما اذا كان المؤخر متجهاً نحو الجهة الضيقة من الحوض فلنلزم المبادرة في عمل التحويل القدي الذي به يجذب الجزء الاكثر غلظاً من الرأس ويوجهه الى النصف الكثير الاتساع من

المضيق العلوى ومن التجويف فينشأ عن ذلك سهولة الولادة ولكن قد لا ينجم هذا العمل فالاحسن اخراج الجنين بالشق البطنى من أول الامر. واذا كان ضيق الخوض ناجما عن لين العظام ولم يزل هذا اللين موجودا يتشم في خلاص المرأة خلاصا جديا بواسطة انقباضات



شكل (١٢٤)

وحدها أو المساعدة بالجفت لانه الرحم شوهدت أحواض قطرها نحو خمسة سنتيمترات وبسبب لين العظام سمحت بالولادة الثانية. ومتى كان الضيق في المضيق العلوى وحده كان ابتداء الطلق سريعا وانتهاه بطيئا. وقد توجد أورام عظيمة في السمحاق العظمى أو في نفس النسيج العظمى وبارزة في الوجه الباطن للعرض كما هو مشاره به شكل (١٢٤) وشكل (١٢٥) فتعوق مرور الجنين وفي الحالة المعاكلة لهذه ينبغي المبادرة لاجراج الجنين



شكل (١٢٥)

بالشق البطنى متى كان حيا (القسم الثانى من الولادة المعيبة حدوث عوارض تجعل الام أو الجنين فى خطر) - من الولادة المعيبة سرعة سقوط الجنين أو زيادة قوة الانقباض الرحمى أو الورم الدموى الفرج أو الانتفاخ المعيب للشيمة والتزيف الناجم عن الانفصال المبجل لها أو سقوط

الحبل السرى أو تمزق العجان أو الاكلسيا. فالاول أى سرعة سقوط الجنين ينجم عن الاتساع غير العادى للعرض فيتمزق عنق الرحم أو المهبل أو العجان أو يحصل سقوط كلى للرحم بشأ عنه جذبات مهيبة لالتهابات بريتونية وخراجات تابعة وقد ينجم أيضا عن السقوط المذكور الانفصال المبجل للشيمة ثم التزيف واذن يكون كل من المرأة والجنين

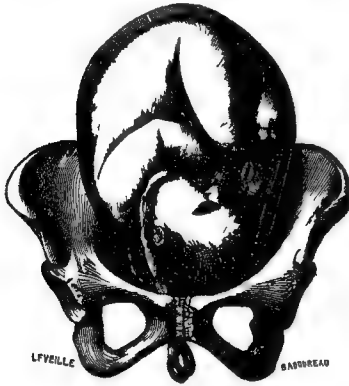
معرضا

مع عرض الخطر فاذا أدرك المولود أثناء الطاق اتساع الحوض أمر المرأة بالاستلقاء على ظهرها أو جنبها في الحال وبعدم فعلها أدنى مجهود فاذا وصل الرحم الى أرضية العجان لازم تثبيتته هناك الى أن يتم تدعيمه ثم يترك ليخرج منه الجنين وفي أثناء خروجه تلتزم المحافظة على العجان من التمزق ما أمكن . والثاني أي زيادة قوة الانقباض الرحمي بنجم عنه سرعة خروج الجنين فيحصل للرأه حينئذ غرق عنق الرحم أو المهبل أو العجان أو جسم الرحم أو أغشاء أو أوضاع رابات عصبية ممتدة أو يحصل الجنين الاسف كسبياً بسبب خروج مياه الامنيوس فجأة أو ضعف الحبل السري أو انقطاع الدورة الرجعية المشيمية مبكراً . وهذا الانقباض يشاهد غالباً عند النساء اللاتي يعترهن مغص رحمي شديد من الحيض وعند ذوات المزاج العصبي القابلات للتهيج فاذا علم المولود قبل الوضع زيادة قوة الانقباضات الرجعية وكانت المرأة ذات امتلاء دموي بادر بقصدها من ذراعه أو أعطاها قليلاً من الافيون في جرعة أو حقنة ومتى ظهرت الآلام المضرة أمرها بحفظ الوضع الافقي على سريرها وبعدم مساعدتها للطلق ما أمكن ويحتشد في تأخير عزيق جيب المياه بقدر الامكان فاذا لم يمكن المرأة الامتناع من الطلق استعمل لها استنشاق الكوروفورم مع المحافظة على العجان زمن خروج الجنين من الفرج فاذا رأى المولود أن العجان مشرف على التمزق وجب فعل الشفوق الجانبية الخلعية للفرج . والثالث أي الورم الدموي للفرج لايحوق الولادة متى ظهر زمن مرور الرأس من المضيق السفلي لكنه يكون خطراً على المرأة اذا عظم حتى بلغ حجم رأس جنين فقد شوهد أنه في كل اثنتين وستين امرأة مصابة بالورم المذكور يموت اثنان وعشرون ولكن خفت وطأة هذا العارض الآن بسبب استعمال المعينات عقب شقه وقبله وصار لا يموت الا خمسة في المائة ويفعل هذا الشيء في الجزء المنحدر من الورم ويخرج الجنين بالجفت ثم تفعل الزروقات المعقمة الحارة ثم السد المهبل بالغاز اليودوفورمي . فاذا حصل الثهاب يستعمل مضادته . والرابع أي الاندغام المعيب للشيمة يشاهد لدى متكررات الحمل أكثر من بكر ياته وقد يكون هذا الاندغام في الجزء القائري الرحم مع كون جزء الشيمة المقابل للفتحة الباطنية اعنفه سائب وهذا النوع هو الاكثر مشاهدة كافي شكل (٢٥) المتقدم . وقد تندغم الشيمة بدائرتها ومركزها أعلى الفتحة الباطنية لعنق الرحم فتسدها وهذا النوع نادر جداً . وعلى العموم بنجم عن الاندغام المعيب للشيمة عدم غوص جسم الجنين وإذا يموت قبل تمام مدة الحمل غالباً وكثيراً ما يصحب ذلك اندغام معيب للحبل السري وهشاشة فيه

فيكون عرضة للتمزق والازفة . وينجم عن الاندغام المغيب المشيمة أيضا تنبیه الرحم فينقبض فيقذف محصل العلقوي يكون انفصال المشيمة غير منتظم فينشأ عنه نزيف محميت لاستمراره لان الجزء السفلي للرحم رقيق الجدر ضعيف الانقباضات التي لاقوة لها على انقباف التزيف . وينجم عن هذا الاندغام أيضا التمزق المبكر لا غشية الامنيوس قبل المخاض فيهيئ الأم لحصول التسمم النفاسي خصوصا اذا كان الجنين ميتا وكذا ينجم عنه عدم تكييف الجنين فمحصل الهيات المعيبة كالجمي وبالكتف والمقعدة . ويعرف الاندغام المغيب بالتمزق المبكر لا غشية الامنيوس وبالتزيف اللذين يحصلان قبل طواهر الطلق فقد شوهد ان تمزق الاغشية الامنيوسية قبل المخاض حصل (١٤٧) مرة في (١٩٧) مرة من اندغام المشيمة في الجزء السفلي للرحم . والتزيف الناجم عن هذا الاندغام يحصل مدة الحمل أو مدة الولادة أو أثناء انفصال الخلاص فالتزيف الذي يحصل مدة الحمل يشاهد في الشهر الثامن وفي ابتداء التاسع فتفاجأ المرأة به ثم يقف ويعود وهكذا ، والذي يحصل مدة الولادة كثيرا ما يكون غزيرا خطرا والذي يحصل مدة انفصال الخلاص يكون أشد خطرا وسماه بعضهم بالتزيف السفلي لانه ناجم عن ضعف انقباضات جسم الرحم وعدم وجودها في الجزء السفلي منه كما تقدم وقد يكون هذا التزيف ناجما عن التصاق المشيمة التصاقا زائدا عن المعتاد فيمنع تمام انفصال جزئها السفلي فلا يرجع الرحم لحالته الاصلية لضعفه . ويمكن معرفة الاندغام المغيب للمشيمة بالجلس المهبلي قبل ظهور علاماته فبالاصبع يدرك الطبيب نبضات منتظمة في الجزء العلوي المهبلي تسمى النبض المهبلي فاذا ضغط باليد الاخرى على جدر البطن وخفض به الرحم خصوصا في الاشهر الاخيرة للعمل أدرك بواسطة الاصبع أن جزء الرحم السفلي أكثر سماكة عن المعتاد . وحصول الازفة الرجمية وتكرارها بدون أن تسبق بطواهر الطلق من العلامات المهمة الدالة على الاندغام المغيب للمشيمة خصوصا عند عدم وجود دوالي أو سرطان رجيين . ويتيز نزيف الاندغام المغيب للمشيمة عن نزيف الحمل الرخو (الكاذب) النادر الحصول بكون دمه أقل اجرا وأوا أكثر مصلا ويخرج معه غالبا حويصلات مع الاغشية المريضة واذا بلغت الرحم وجدرها غير محتمل على أجزاء صلبة مشبهة للجنين . وأما في حالة التزيف الناجم عن الاندغام المغيب فتدرك المشيمة بالاصبع في عنق الرحم ويكون الرحم شاملا للجنين حقيقي . وقد تذف المشيمة قبل الجنين وتم الولادة بالقوى الطبيعية الا أنها تساعد في أغلب الاحوال بواسطة الطبيب خصوصا في الوضع

في الوضع المعيب المجيء وفي بطنه الطلق أو التزيف الغزير . وقد تخرج المشيمة بنفسها معصوبة بتزيف غزير ينجم عنه أنيميا تصير المرأ في خطر . وقد يحصل للمرأة التعفن النفاسي بسبب عدم جودة التعقيم للرحم أو المهبل وتعفن الجلط الدموي في الرحم . وعلى الطبيب في حالة الاندغام المعيب للشيمة أن يأمر المرأة بالراحة التامة فإذا حصل غرق مبكر للاغشية وكان الجنين حيا والفحمة الرجبية تامة التمدد لزم اخراجه ثم فعل الزروقات المعقمة للمهبل أو الفرج ثم نوضع كرة من الغاز اليودوفوري في الفوهة الفرجية . وإذا حصل تزيف بدون غرق في الاغشية وكان هذا أول تزيف تؤمر المرأة أيضا بالراحة التامة على ظهرها مرتفعة المفعدة ثم تفعل زروقات مهبلية معقمة حرارتها جسمه وأربعون درجة وذلك كاف لوقوف التزيف ويتجنب السد المهبلي لان مواده تخفي التزيف بسبب تشربها الدم أما إذا كان التزيف غزيرا وشاهد الطبيب بهاته وجه المرأة وضعف النبض فيلزمه في الحال فعل الزروقات المهبلية المذكورة فإذا لم تكف لزوم غزير الاغشية تمزيقا متسعا باصبع أو أصبعين ثم تعاد الزروقات وينتظر فإذا حصل الطلق فيها وان لم يحصل ووقف التزيف فلا بأس من الانتظار برهة أيضا لانه إذا كان المجيء بالقمة رجعا توافق مع الفوهة الرجبية المتمدة فتسد هافيق التزيف . أما إذا صارت المرأة أنيميا وجدا وكان المجيء بالوجه أو المقعدة وخصوصا بالجذع فيلزم خلاصها بسرعة اذ ليس لكل من هذه المجيئات شكل مستدير منتظم به تسد فحمة الرحم المتمدة سدحا محكما حتى يقف التزيف ولاجل سرعة خلاصها توضع فرزجة المسلم (ناريزير) لانها تسد الرحم وتخرج الطلق . وأما إذا حصل التزيف مدة الطلق فيجئ في تحسب بن المجيء إذا كان معيبا وسمي بذلك الوقت والاعزقت الاغشية غمرقا متسعا كما تقدم ثم ينتظر القذف الطبيعي اذ لم يكن هنالك داع لسرعة اخراج الجنين . والاسراع في اخراجه يكون إما بالتحويل الداخلي الذي لا يستغرق عمله أكثر من خمس دقائق أو بالجفت الذي يستغرق وضعه في المضيق العلوي ربع ساعة وكلاهما لا يفعل الا بعد تمام تمدد عنق الرحم تمددا تاليا وصناعيا اذ لزم ذلك . وأما إذا حصل التزيف مدة انفصال الخلاص فيلزم الاسراع بادخال اليد في الرحم وتتميم انفصال الخلاص بها واخراجها ثم يغسل باطن الرحم بالماء المعقم بغليه نحو نصف ساعة وحده أو مضافا اليه جزء من ملح الطعام وبعد ذلك تعقم أعضاء المرأة جيدا بالسوائل الدوائية المعقمة ثم تسد الفوهة الفرجية بجزء من الغاز اليودوفوري . الخامس أي سقوط الحبل السري عبارة عن خروج عروته من الحبل قبل

الجزء الآتى به الجنين وهو **كتر** حصولا من سقوط الأطراف لانه يحصل مرة في ست وتسعين ولادة . والاسباب المهيئة لحصوله هي غزارة الماء الامنيوسي واتساع الحوض مع صغر الجنين أو ضيق الحوض حيث لا يمكن انحسار الجنين أو طول الحبل السري زيادة عن المعتاد أو الاندغام المعيب له أو لاندغام المعيب للشيمة أو الحجي ، فالمقعدة عندما يكون الحبل بين ساقى الجنين أو الحجي ، المخرف القمي أو الحجي ، بالوجه أو بالجذع . ثم ان هذا السقوط يعرف قبل تمزق الأغشية وبعده فيعرف قبل التمزق بالجلس المهبل فيدرك الطبيب بالاصبع ان شكل جيب المياه منبأرى ودخله جسم مستدير سايج متحرك رخوذ ونضات أكثر عددا من نضات الام اذا كان الجنين حيا لكم اقد تلبس بالنضات المهبلية الداجعة عن الاندغام المعيب للشيمة فيلزم التنبه لذلك ويعرف سقوط الحبل بعد التمزق بالاصبع أيضا اذا



شكل (١٢٦)

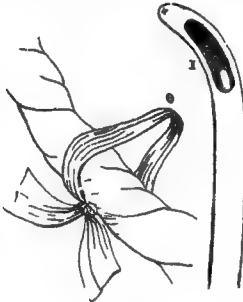
لم يخرج من المهبل أو بالنظر اذا خرج منه كما في شكل (١٢٦) وفي حالة عدم خروجه يدرك الاصبع حبلا منتهقا ذا نبضات اذا كان الجنين حيا أو رخو أعديم النبض اذا كان ميتا وقد يكون الجنين ميتا مع وجود نبض الحبل لرخوع الدم اليه بسبب الانقباضات الرجعية فتحنق الموالسقوط الحبل لزمه البحث عما اذا كان معه أطراف ساقطة أو أجزاء أخرى كالامعاء الدقاق مثلا أو لانه قد شوهد بروز

الامعاء في المهبل عقب تمزق رجي حصل أثناء الولادة . ثم ان سقوط الحبل خطر على الجنين كثيرا لانه اذا انضغط الحبل يموت جنينان من ثلاثة أو أربعة ويكون هذا الضغط محتما اذا كان الحبل في الجهة المقعدة أو الخلفية للجنين أما اذا كان في الجهة الجانبية وكان موازيا للارتفاق الحرق في العجزى اليسارى فقد لا ينضغط . ويجب على الطبيب في حالة سقوط الحبل أن يأمر المرأة بالاستلقاء على ظهرها مع تفعلة المقعدة مع الراحة التامة اذا كان تمدد

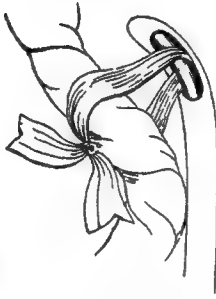
عنى

عنق الرحم غير تام وجيب المياه غير متمزق لتجنب عرقه مبكرا ولا انتظار الى أن يتم عدد فتحة عنق الرحم حتى يتم التمدد وضع المرأة على السرير بالعرض وعرق الاعشبة ورد الحبل الى أعلى المضيق العلوى وحفظه هناك الى أن يحصل انقباض الحزب الا أن من الجنين لكن اذا كان محيى بالجنين بالكشف لزيم بعد رد الحبل فعل التحويل في الحال واذا كان المحيى ما قمه او بالوجهه لزيم البحث عن نبض شرايين الحبل السرى وفعل التسمع الحثلى اللازم لمعرفة حياة الجنين من عدمها فاذا كان ميتا تركت الولادة وشأنها وان كان حيا والفتحة الرحبية تامة التمدد وسمح الوقت بعمل التحويل فعل في الحال لانه اذن هو المفضل فاذا مضى زمن التحويل أخرج الجنين بالجفت مع الاحتراز من أخذ الحبل في احدى ملاعقه . وأيضا اذا حصل التمزق الذاتي في جيب المياه وكان تمدد عنق الرحم غير تام يجتهد الطبيب في رد الحبل الساقط

داخل الرحم وحفظه أعلى المضيق العلوى حتى يتم التمدد فتخرج رأس الجنين بنفسها أو يخرجها الطبيب بالجفت أو يخرج نفس الجنين بالتحويل . وبالجفلة متى كانت الرأس أعلى المضيق العلوى وكانت متحركة فلا بد من رد الحبل السرى بواسطة مجس شكل (١٢٧) وهو مجس يوجد في طرفه من جانب فتحة ويدخل في تجويفه سهم وكيفية العمل به أن يربط الحبل السرى بعروة متسعة من الخيط بدون ضغط ثم يدفع السهم في تجويف المجس فيخرج طرفه من الفتحة الجانبية له . وحينئذ يدفع الطبيب طرف السهم في العروة المعلق فيها الحبل فيصير كما في شكل (١٢٨) ثم يدخل المجس في الرحم ثم بعد ذلك يجذب السهم فيسقط الحبل من المجس في الرحم ويصير كما في شكل (١٢٧)



شكل (١٢٧)



شكل (١٢٨)



شكل (١٢٩)

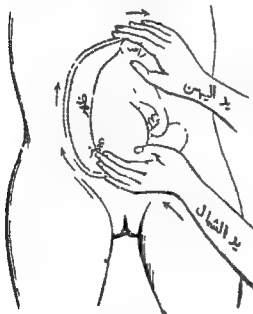


المتقدم أو برد الحبل بواسطة مجس (كولن) الذي نوعه المعلم (تارنيير) وهو تركيب من قضيب من شنب القيطس ينتهي بكلا ب يعلق به قضيب آخر ذي مجس كما هو واضح في شكل (١٢٩) وكيفية العمل به أن يوضع الحبل السري في تجويف الكلاب ثم يعلق الكلاب بالقضيب الآخر بواسطة المجس ثم يدفع القضيب بالحبل داخل الرحم ومتى وصل إلى تجويفه جذب القضيب الغالي للكلاب فيسقط الحبل منه في الرحم وحينئذ يخرج المجس من الرحم بجذبه . ويمكن رد الحبل السري أيضا بواسطة مجس من الصمغ المرن يوجده في طرفه من جانب ثقب يدخل في تجويفه عوضا عن السهم خيط مزدوج تتلوه عروة خارج الثقب الجانبى لطرف المجس ثم يدخل طرف هذه العروة في عروة الحبل السري الساقط ثم تفتح عروة الخيط ويدخل فيها طرف المجس نفسه ثم يجذب طرفا الخيط الخارجا من الطرف الآخر للمجس فيصير الحبل مثبتا عليه ثم يدخل المجس داخل الرحم وبعد ذلك يدخل الطبيب اصبعه فيه ويرتقي عروة الخيط من المجس ويردها إلى ما كانت عليه خالصة واذن يصير الحبل السري سائبا في الرحم ثم يخرج المجس بجذبه . ويمكن رد الحبل بواسطة السد بأن تدخل أربعة أصابع في المهبل وقضيبها عروة الحبل كلها وتدخل في الرحم ثم توضع أعلى المضيق العلوى وتحفظ هناك بالأصابع حتى تدخل الرأس في تجويف الحوض فتخرج البدن حينئذ . وعلى العموم لاجل عدم سقوط الحبل ثانيا يلزم وضع المرأة على جنبها أو ركبتيها ومرتفعها مدعومة وتستمر على هذا الوضع زمنا طويلا بقدر ما يمكن حتى لا يعود الحبل إلى الخارج فإذا خرج بعد ذلك وكانت الرأس لم تزل متحركة أسرع في عمل التحويل وإخراج الجنين أما إذا عاد الحبل وكانت الرأس منحسرة فبترأ الطلق ونفسه مع جس نبض العروة الساقطة دواما حتى وجد فيه ضعف أخرج الجنين بالجفت . وإذا ظن الطبيب صغر حجم الجنين وزيادة اتساع الحوض فيمكنه انتظار الولادة الذاتية بخلاف ما إذا كان حجمه كبيرا والحوض ضيقا يلزم إخراجها بالجفت بدون انتظار . السادس أى تمزق العجان يحصل إما من ولادة المرأة منفردة (أى بلا طبيب معها) أو من تعاطى مقدار من الجويدار قبل الاحتياج إليه أو من التوتر الشديد للعجان وهذا التمزق نادر لا يصيب إلا الشوكة ونارة يصيب العجان بدون أن يصيب الشرج وأخرى يمتد فيصيب الشرج الذى يكون اذن مع الفرج قطعة واحدة . ففي الحالة الاولى يكفى لعلاجه النظافة والتعقيم والراحة مع حفظ الطرفين السفليين منضمين لبعضهما . وفي الحالة الثانية يعقم ثم تفعل غرزة أو غرزان من الخياطة أو وتوضع اثنتان أو ثلاث من ضامة الجروح (سرفين)

(سرفين) في الحال عقب حصول التمزق وخروج الخلاص والتعقيم ثم يوضع على الجرح جزء من اليودوفورم والغاز اليودوفورمي والقطن المعقم ويربط برباط ثم تؤمر المرأة باستمرارها نائمة على جنبها بدون أن تبعد ساقيها والاحسن ربطهما وأن تبذل بالقساطين ثم ترفع الخياطة أو صامة الجروح من اليوم الثالث الى الرابع . وفي الحالة الثالثة يستعمل لهما ما استعمل في الحالة الثانية من التعقيم والخياطة وكيفية النوم والتبول والنصاق الر كبتين ببعضهما . فاذا لم تمر هذه الطرق يستعمل بعدا نقطاع السائل التنفسي رقيق المجان بأن تدعى حواف الجرح بواسطة مشرط ثم تقرب من بعضهما تقريبا محكما بقدر الامكان من القاع الى السطح بواسطة خياطة مزدوجة كالخياطة المروية لاجل تقريب قاعدة حافتي الجرح ثم تفعل الخياطة ذات الغرز المنفصلة لاجل تقريب الجلد والطبقة الحلقوية التي تحته وهذا العمل يكون مؤلما فيلزم قبل اجرائه تخدير المحل بكلورور الميثيل الكوكاييني وعلى كل يلزم أن تكون الابر مخنسية ومضبوطة بحامل ويكون الخليط من الفضة وتكون سوائل الغسيل قليلة التركيز ثم يغير على الجرح كل يوم . وقد يمزق المجان من جزئه المركزي لدى المرأة ذات العجز الكثير الانحراف قليلا الانحناء متى وصلت قمة الجنين أسفل التجويف الحوضي على الجزء المتوسط من المجان وكان الفرج متوترا والرحم قوى الانقباضات فيكون عروية متسعة يمر منها الجنين بدون أن تصاب الشوكة وداثرة الشرج . ويعالج هذا التمزق بالخياطة أيضا كما تقدم ثم تؤمر المرأة بالمسك على جنبها أو بطنها متقاربة الر كبتين برباط متجهة قليلا الى أسفل لأجل عدم سيلان السائل التنفسي من الجرح ومتى أرادت التبول بولت بالقساطين كما تقدم أو بارتكازها على ركبتيها ومرتفعها ثم يغير على الجرح يوميا غاز اليودوفورم والمرهم البوريكي بعد غسله بالمعقمات ثم يثبت الغيار بالرباط الثاني . ومن الجيد حفظ اطلاق البطن لتجنب مجهودات التبرز . وقد ينجم عن تمزق المجان عوارض وقتية كالنزيف والتعفن التنفسي أو عوارض نابعة كسقوط الرحم أو ميسله أو خروج الغائط بدون ارادة المرأة بسبب تمزق العاصرة الشرجية . والسابع أي الاكل مسيا اذا حصلت وقت الطلق كانت خطيرة على المرأة والجنين ولا يتقدم نجاتهم ما اذا تكررت نوبتها قبل خروج الجنين . وعلى المولود من النوب الاهتمام بحفظ لسان المرأة من العض الشديد بأن يضع بين اسنانها قطعة من خشب الفلين أو من الكاوتشو الرخوة تثبت بخيط بحيث يكون طرفه خارج الفم ثم استنشاق المرأة الكلورفورم أو يحقن لها تحت الجلد بالمورفين لاجل وقوف النوبة ومتى

وقفت النبوة بعلاج الاحتقان المخي اذا وجد بواسطة الفصد العام أو وضع العلق خلف  
الاذنين أو التلج على الرأس أو اللج الخردلية على الساقين ويجب على الطبيب أن يلاحظ مع  
الانباء الكلى تقدم تعدد العنق فان تعدده من (٧) الى (٨) ستمترات كاف للحروج الجنين  
فحق وجد هذا الاتساع مرق الاغشية في الحال وأخرج الجنين بالجفت أو بالتجويز بل على  
حسب الحال واذا كانت حياة المرأة مهددة فلا ينتظر التمدد الذاتي للعنق بل يشقه في جملة نقط  
من دائرة بمسروط طويل ذي زتر تم يدخل اليد بقوة في الرحم ويسرع باخراج الجنين (وهذا  
ما يسمى بالولادة القهورية) وهنا ايضا يمكن استنشاق الكلوروفورم أثناء العمل وان كان لا يوقف  
النبوة الا كلباسية دائما الا أنه يقلل شدة التقلصات العضلية

(القسم الثالث من الاعمال التي تستدعيها الولادة المعيبة) - وهي الاعمال التي يلجئ  
المولد لعلها النجاة الام والجنين أو وهما معا كالتحويل ووضع الجفت وثقب الجمجمة وتفتيتها  
وتقطيع الجنين والعملية القيصرية وبتر الرحم والولادة القهورية والاجهاض الصناعي  
\* (في التحويل) التحويل عملية بها يوجه الطبيب أحد أطراف الجنين الى المضيق العلوى  
ولعمله كيفيتان الاولى التحويل الدماغي الذي غاية توجبه الرأس الى المضيق العلوى حين  
انحرافها الى احدى الحفر الحرقفية والثانية التحويل المقعدى أو القدحى وغايته ضبط  
قدحى الجنين لاجل قلبه واخراجه بقدميه فالاولى لا يمكن فعلها الا قبل غرق الاغشية لان  
الجنين يكون متحركا بخلاف ما اذا غرق جيب المياه وسال منه جزء عظيم فانه لا يمكن تعديله  
وضع الجنين بمجرد فعل حركات ظاهرة ولذا لا يلزم تجربة التحويل الدماغي الا عند سلامة  
الاغشية وعدم وجود عارض يستدعى توسط عمل



شكل (١٣٠)

عنق

قوى وعدم وجود سماكة زائدة في الجدر البطنية  
وتحقق ان الحجاب الكتف أو بالقسمه مائله نحو  
الحفرة الحرقفية ولعله ينبغي أن توضع المرأة  
على جنبها الا يسرا اذا كانت رأس الجنين الى اليمين  
وعلى جنبها الأيمن اذا كانت الى اليسار ثم يدفع  
المولد رأس الجنين باحدى يديه الى مركز المضيق  
العلوى ويدفع بالآخرى مقعده كما هو مشاره  
بشكل (١٣٠) وفي هذا الشكل ترفع اليد  
الشمال مقعدة الجنين واليد اليمنى تحفض رأسه

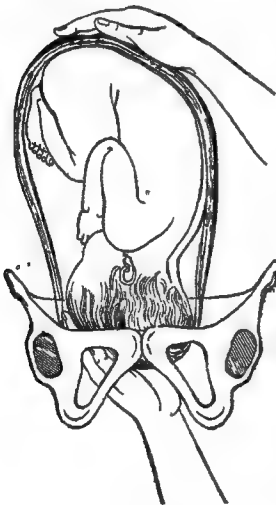
نحو المضيق ففى توصيل الى رد الرأس ووضع جيد يجتهد فى حفظها فى هذا الوضع باليدين وهو أفضل من وضع الاخرمة المحكمة لحفظها فى هذا الوضع الى أن يتمدد العنق تمدا كافيا فينشذ عنق جيب المياه بسرعة لتدخل الرأس فى المضيق العلوى وتضيق فيه . ثم ان أفضلية تثبيت الرأس باليدين عن الاخرمة هي عدم افادة الاخرمة وعدم تحمل المرأة لها . واذا تحقق الطيب بالجلس بعد غرق الجيب أن الرأس زاغت فانيا بادربعمل التحويل المقعدى اذا كان موجودا فى الرحم كية كافية من المياه . وحيث ان المقصود من التحويل الدماغى نجاة الجنين فلا يفعل الا اذا تحقق من حياته . والطريقة الثانية لعمل التحويل هي التحويل القدى وهو الاكثر استعمالا فى أيامنا هذه وهو ينحصر فى البحث باليد الداخلة فى الرحم عن قدى الجنين لجذبهما أولا وهو الواسطة الوحيدة فى اخراج الجنين متى كان مجيئه بالجذع أو طرأت عوارض يخشى منها على الأم والجنين كالنزيف والاكليسيالأن خطرهما يزول بانتهاء الولادة وان التحويل القدى لا يستغرق أكثر من خمس دقائق ثم ان التحويل القدى عملية صعبة خطيرة متى فعل بعد غرق الاغشية بمجمل ساعات وكان الرحم خاليا من المياه ومنقبضا على الجنين بقوة وهذه الحالة كثيرة المشاهدة لان أغلب المهيئات المعيبة للجنين عكست زمانا طويلا قبل أن تعترف ثم ان الخطر الذى ينجم من التحويل على الجنين هو موته بضغط الحبل السرى أو عقب الانفصال المبجل للشمية أو ووقوف الدورة الرجعية المشمية والخطر الذى ينجم عن التحويل للرأه هو موتها اذا حصل اضطراب عصبى أو آلام شديدة أو التهاب بريتوفى تافى . ويشترط لعمل التحويل المقعدى ثلاثة شروط الاول وجود التناسب بين حجم الجنين وأقطار الحوض بدون تفاوت فاذا وجدت تفاوت بينهما سواء كان ذلك التفاوت من جهة الجنين كفى الاستسقاء الدماغى أو من جهة الام كما اذا ضاق حوضها وكان أقل من (٧) سنتيمترات لا يكون التحويل مفيدا لانه لا يمكن اخراج الجنين به ولكنه يفعل التحويل فى حالة ضيق الحوض المسمى بالخرف البضاوى متى أنت الرأس الى المضيق العلوى وكان المؤخرى متجهها الى الجهة الغير الضيقة من حوض المرأة وكان عدم التناسب بين الحوض الصغير ورأس الجنين قليلا جدا والا كان خطرا جدا على الجنين والام لان أقل جذب للجنين يحدث انبساط الرأس فى المضيق العلوى فيحتاج الى تقنيتهما . الشرط الثانى أن تكون قصبة الرحم تامة التمدد لانه يلزم ادخال اليد بتامها منها بحجم اليد كبحر رأس الاجنة . الشرط الثالث عدم انحصار الرأس فى التقعر الحوضى وعدم تحاوزه

لعنق الرحم فإذا كانت مضمرة قليلا في أعلى الحوض الصغير ولم تتجاوز الفخمة الرجية وكانت متحركة يمكن ردها إلى أعلى المضيق العلوى ولو بصعوبة ثم فعل التحويل أما إذا تجاوزت عنق الرحم ولم تتجاوز المضيق العلوى فلا يمكن عمل التحويل لأنه لا يمكن وصول اليد إليها لدفعها داخل الرحم واذن يلزم استعمال الجفت

(فما يلزم قبل فعل التحويل) - يلزم قبل الشروع في عمل التحويل اخبار المرأة بأن جنينها ليس آتيا بالحيء المرغوب وأنه يحتاج لتعديل حيئته ولا يخبرها بجميع ما سيفعله بل يخبر أفكارها فقط مراخوفاً من اتهامهم له فيما إذا طرأت عوارض محزنة فتقرضت بعمل التحويل اهتم المولّد بتفريغ المستقيم بحفنة شرجية وتفريغ المثانة بالقسطاير عند الاحتياج ثم يجهز ما يلزم للغسل والتعقيم وما ينش به الجنين إذا ولد محتقنا كما سخن وماء بارد وروح عسرى وريشة بزغيا ومنفخ خجري وخيوط وقطن معقم وغاز اليود وفورم ومهم بوريكي ورفائف معقمة ورباط بدن لاجل قطع الحبل السرى وربطه والغيار عليه وفوط من الكتان الرفيع المعقم المستعمل لاجل العملية ثم يضع المولّد بقر به جفت الولادة انذرا احتياجا اليه ثم يشتم المرأة الكلور وفورم ثم توضع بالعرض على فراشها وتوضع عدة وسادات خلف ظهرها بحيث يكون أعلى الجذع مرتفعا قليلا ويرفع العجز أيضا بوضع وسادة أسفله أو ملادة مثنية عدة ثنيات وبوضع لوح من خشب أو دفتر كبيرين المرتبين في النقطة الموضوعه عليها المقعدة وتكون أطرافها السفلى مثنية قليلا ومغطاة بعلاءة وقدماهما تركزين على كرسيين أو على ركبتى المساعدين ومتباعدين بواسطة المساعدين اللذين يكونان واقفين أو جالسين خارج الأطراف أمام بعضهما ويضبط كل منهما باليد التي جهة الرأس الفخذ متباعدة عن الآخر ويضبط القدم المرتكزة على ركبتيه أو على الكرسي باليد الأخرى ويلزم أن تكون الملادة المغطى بها الأطراف السفلى وأصله إلى الأرض أمام ساق كل مساعد لتحفظة من التلوث ولاجل عدم تلوث المرأة بالسائل يرنق تحت مقعدتها طرف ملادة وينزل طرفها الآخر على الأرض من ثنيات عدة ثنيات غير منتظمة أو بوضع مشمع تحت مقعدتها يصل إلى الأرض ثم بعد ذلك يجرد المولّد نفسه من سترته ويشمر عن ساعديه ويتفوط بفوطه العيادة أو نحوها ثم يعقم يديه ويجلس أمامها ويضع بقر به فوط الكتان المعقمة المعدة لتنظيف الجنين ولف كل ما خرج منه أثناء استخراجهم ثم يعقم أعضاء المرأة ويدخل يده في المهبل ويبحث عن الجهة التي فيها ظهر الجنين ليعرف ان كان الحيء بالأس المنحفة

المخرفة أو بالكثف الأيمن أو الأيسر ويعرف أيضاً وضعه لأن ذلك ضروري ليجري العمل بحسبه ففى تحقق بعد الجس المهبل إلى أن وضع الجنين لم يتغير عما كان عليه أو لا يخرج اصبعه ويدهن ظهر يده إلى المعصم بالفازلين البوريكى ثم يجرى التحويل . فإذا كان الجنين آتياً بالرأس سواء كان بالقمة أو بالوجه وعرفت جهة الحوض التى فيها المؤخرى فإن كان المؤخرى جهة اليسار استعمل اليد اليسرى وإن كان جهة اليمين استعمل اليد اليمنى وفى كلتا الحالتين يكون الوجه الراحى لليد مقابل السطح المقدم للجنين وإذا كان الهوى بالكثف يمكن استعمال اليد اليمنى فى بعض أوضاع الكثف الأيسر واليد اليسرى فى بعض أوضاع الكثف الأيمن .

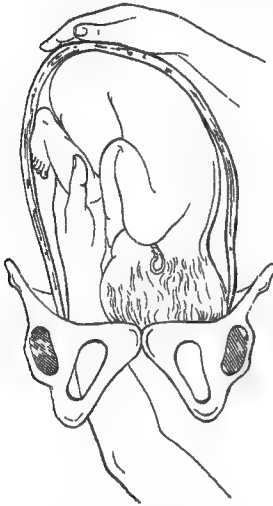
فى قواعد التحويل (١) - يوجد للتحويل ثلاثة أزمنة متميزة وهى زمن ادخال اليد وقلب الجنين واستخراجه وبكل زمن من هذه الأزمنة قواعد يلزم اتباعها فى الزمن الاول يلزم أن تكون اليد مدهونة ومجموعة الاصابع ومدودتها على هيئة شكل مخروطى ثم توجه نحو الفرج وتدخل فيه ثم فى عنق الرحم أثناء عدم انقباضات الرحم ويكون دخولها بضغط مصحوب بحركات صغيرة رحيوية فإذا كانت المرأة بكرة الولادة كان دخولها بصعوبة لحصول الانقباض التشنجى العضلة العاصرة الفرجية وحينئذ يلزم التأنى فى دفع اليد حتى يزول هذا الانقباض وقبل ادخالها زيادة على ما هى عليه يبادر بوضع اليد الأخرى على قاع الرحم كما هو مشار له بشكل (١٣١)



شكل (١٣١)

فيضغط عليه ويخفضه ما أمكن لتقريب قدمى الجنين من البسدا الأخرى الداخلة فى الرحم . ووضع يد المولد على قاع الرحم لا يكون فى الزمن الاول للعملية فقط بل يلزم أن يكون أيضاً فى الزمن الثانى خوفاً من تمزق المهبل . ففى وصلت اليد للفحة الرجة فى الوضع المطلوب تضم الاصابع التى هى على الشكل المخروطى انضماماً قوياً بقدر الامكان لتتفرق تجويف الرحم بسهولة ومتى وصلت إلى قاع الرحم وحصل انقباض فالأحسن سكونها منفردة الاصابع حتى يزول الانقباض ففى زال بحث عن القدمين أو الركبتين لكن إذا كان هنالك تزيف أو تشنجاناً كلبسية خطيرة

على الام والجنين فلا ينتظر زوال الالتقياضات الرجيسة بل يبحث مع وجودها . وفي أثناء  
مرور يد الطبيب في العنق يلزم أن يضبط بها جزء الجنين الآتي ويدفعه أعلى المضيق العلوي  
قليلاً ثم إلى إحدى الحفر الحرقفية . حيث يدفع البدن وحدها نحو قاع الرحم فيصير جزء الجنين  
محصوراً بإسعاد اليد . ومتى وصلت اليد إلى قاع الرحم ينبغي تدوير الأصابع بلطف والبحث  
عن القدمين أو الركبتين فإذا لم يخطئ المولود في بحثه لا بد أن تصادف أصابعه القدمين أو قدما  
ولحد أو ركة أو الركبتين كما هو مشايله بشكل (١٣٢) وإذا وجد المولود في المهبل ذراعاً عاقلاً



شكل (١٣٢)

لا يتأخر أيضاً عن إدخال يده لعمل التحويل  
وحيث يلزم مرورها على السطح المقدم للعجز  
وزلقها بلطف في عنق الرحم ثم في تحويضه ثم  
في قاعه ويكون ذلك مسددة راحته ثم يبحث  
في الحال بأطراف الأصابع عن الاقدام كما  
تقدم . ويعرف نوع الطرف السفلي باتجاه  
العقب ومحل وجود ابهام القدم فإذا وجد  
قدماً واحداً مضطه من أعلى الكعبيين بين  
السبابة والوسطى مع انحنائها على هيئة  
خطاف وإذا وجدت قدمين وضع بينهما الأصبع  
الوسطى أعلى كعب كل منهما حاصراً الساق  
اليساري بينه وبين السبابة والساق اليميني  
بين الوسطى والبصر مع الخنصر وتكون  
السبابة والبصر موضوعتين أعلى الكعب  
الوخشي لكل من الساقين ثم يجنبهما ليقب

الجنين في الحال آمن المهم عدم كثرة احتكاك اليد السطح الباطني للرحم خوفاً من تحريضه  
للاقتباسات الزائدة التي تعوق انقلاب الجنين ولذا يلزم المولد ضبط كل ما يمكن ضبطه من  
أطراف الجنين وجذبه في الحال إلى المضيق العلوي لأن تحرك اليد الموجودة داخل الرحم  
وتدوير الجنين يكون سهلاً متى كان العمل سريعاً وإذا كانت الأغشية سليمة عند الشروع في  
فعل التحويل وجب تعزيزها في مركز الفوهة الرجية ثم دفع اليد دفعة واحدة نحو قدمي

الجنين

الجنين لانحوا السطح الجانبي أو الخلفي له . فالساعد المخروطي الشكل عملاً الفتحه الرجيه فيمنع نزول المياه بالكليه اذا أسرع في ادخال اليد عقب التمرق في الحمال . ولاجل أن تصل اليد الى النقطة الموجود فيها القدمان أو الركبتان يلزم المولد أن يحنى معصمه أعلى المضيق العلوى داخل الرحم انحناء قويا في اتجاه المحورين المنضمين للرحم والحوض الصغير ويوجه يده باستقامه نحو قاع الرحم اذ بدون ذلك لا يصل الى المحل الذى تكون فيه الاقدام عادة ويستغرق البحث زمنا طويلا لينجم عنه تحريض الرحم ثم الانفصال المجهل للشيعة ثم الخطر على الام وجنينها . وقد لا يعثر المولد على الاطراف السفلى الجنين فيلزمه أن يجذب يده قليلا نحو الفوهه الرجيه ثم يدفعها ثانيا بلطف تابعا السطح الجانبي أو الخلفى الجنين وبذلك قد يصادف قدما أعلى الآليه فاذا صادف القدمين مجتمعين تحت أصابعه اجتمعت في جذبهما معا ويكتفى بجذب قدم اذا صعب عليه ذلك أو ركبته أو أى جزء يمكن ضبطه جيداً فاذا كان قدما أخرجه ثم يضع فيه عروقه ورباط أعلى الكعيين ويتركه ونفسه ثم يدخل يده ثانيا للبحث عن القدم الثاني . وفى الزمن الثانى (وهو زمن انقلاب الجنين) متى ضبط المولد القدمين أو القدم والركبة



شكل (١٢٣)

كافى شكل (١٢٣) يلزمه دائما بسط الطرفين أو أحدهما بجذبهما نحو الفتحه الرجيه ببطء وبهذا يحنى الجنين على سطحه المقدم فينقلب وتصور رأسه نحو قاع الرحم وهذا العمل يكون أثناء راحة الرحم كأن تقدم الا اذا وجدت أسباب تستدعى السرعة فيفعل ذلك مع وجود الانقباض الرحمى . واذا لم يمكنه الاجذب أحد الاطراف السفلى الى المهبل وكان المضبوط هو الساق المقدم أمكنه تميم التحويل بدون أن يهتم بالساق الآخر واذا كان المجذوب هو الساق الخلفى لزمه



مروءة وقرباط أعلى الكعب ليثبت في المهبل ثم تبحث عن الطرف الآخر ليحبذه نحو  
الفرج . ومع ذلك يمكن تبني التحويل جيداً إذا كان نوع الطرف المحذوب نحو الفرج  
فاذا كان هو الطرف الخلفي يضبطه في محاذة الفرج ويجذب مع توجيهه كثير إلى الخلف  
بقدر الامكان نحو الحجاب والاركبت الالية المقدمة على العانة فيمتنع خروج الجنين ويلزم  
أيضاً مع الجذب والتوجيه إلى الخلف فعل حركة خفيفة رحوية على حوض الجنين لتوجيه  
ظهره إلى الامام وذلك بوضع احدى اليدين على الساق الخارج وادخال اليد الاخرى في  
المهبل ووضع اصبعين منها على الخاصرة المقدمة للجنين ثم يجذب هذا الطرف الخارج إلى  
أن تصل المقعدة إلى الفرج وحينئذ يضع سبابة اليد الداخلة على ثنية أربية الطرف الآخر  
ثم يجذب بها أيضاً المساعدة على خروج الاليتين مع توجيه الظهر إلى الامام قليلاً كما ذكر  
بدون اهتمام في بسط هذا الطرف لانه ينجم عن عدم البسط فائدتان مهمتان الاولى زيادة  
بحجم الطرف المقعدي ليهيئ الفتحة الرحبة لمرور الرأس والثانية حفظ الحبل السري من كل

ضغط يقع لانه قد يكون موضوعاً بحوار الساق  
المرتفع فيختفي من تأثر عنق الرحم وقت  
دخول الصدر والرأس فيه . وفي الزمن الثالث  
وهو زمن اخراج الجنين متى صار القدمان  
بساقيهما أو أحدهما مع ساقه خارج الفرج  
لزم المواد أن يلف الساقين أو الساق بقطعة  
قماش جافة معقمة ويضبطهما بجميع اليد  
كما هو مشاولة بشكل (١٣٤) ثم يجذبهما أثناء  
الانقباضات الرحبة بلطف مع فعل حركات  
صغيرة جانبية متواليمة يميناً ويساراً جاعلاً  
جذع الجنين تابعاً لمحور المضيق العاوي يجذب  
كثيراً إلى الأسفل حتى تتجاوز المقعدة الفرج  
فيقلعها بحركة جافة معقمة ثم يضبطها . ومن  
القوانين المتبعة أن يضبط المولود الجنين عند  
خروجه من الساقين فالركبتين فالفخذين  
فالحوض الذي يضبطه من العظمين الحرقفين



شكل (١٣٤)



شكل (١٣٥)

كما هو مشاؤه بشكل (١٣٥) ومتى وصلت اليد في هذا المثل لا ينبغي أن تتعداه اذ ضبط البطن باليدين ربما أحدث ضررا في بعض الاحشاء البطنية سيما الكبد الذي هو ككبير الجفم عند الاجنة ففى خرجت ألتا الجنين من الفرج زلز انعام الولادة للطبيعة أو تساعد بجذب الجنين ببطء كلى اذ بالجذب السريع قد تنبسط الرأس في المضيق العلوى أو فى التجويف الحوضى وربما لا يجد الرحم زمنا يرجع فيه على نفسه عقب خروج الجنين فينجب عن ذلك خطر على الام والجنين الذى يموت بالاسفكسيا التى تعرف بخروج كمية عظيمة من العنى وبعدد وجود نبضات فى الحبل السرى أوفى الشرايين القفصية للجنين اذالم

يسقط الحبل وربما الجأ ذلك الخطر الى جذب الجنين بسرعة . وبالجملة اذالزم مساعدة الطبيعة لانعام الولادة بجذب الجنين ينبغي أن تكون الجذبات بطيئة جدا كما تقدم وان تكون أثناء الانقباضات الرجعية بعكس ما ذكر فى الزمنين الاولين لان هذه الانقباضات تساعد على خروج الجنين مع حفظ الرأس والذراعين منتبهة على الصدر . ولذا يلزم أثناء الجذب وجود مساعدة ليضغط بيديه قاع الرحم فينبه مادامت الرأس لم تصل الى تغير الحوض . وعلى العموم ينبغي أن يكون ظهر الجنين عند نزوله متجه نحو احدى الحفريات الحقبية للام فاذا اتفق ان ظهره كان متجه الى الخلف لزم فعل حركة التواء خفيفة فى الساقين لتوجيه ظهره بانحراف الى الامام ومتى تجاوزت المقعدة الفرج لزم التحقق من حالة الحبل السرى بواسطة انزلاق السبابة الى موضع اندغامه فى البطن فاذا وجد متوترا ضبط بالايهام مع السبابة وجذب طرفه المشيخي لخراج عروة منه خارج الفرج فاذا وجد الحبل متوترا

وخيف من غرقه أو من عدم خروج الجنين وضع على الحبل جفتان ذوا ضغط مستمر ثم يقطع من بينهما ثم تقترن الولادة فإذا لم توجد الجفوت ضبط وضغط طرفه السري بواسطة أحد المساعدين إلى أن تتم الولادة . وإذا اتفق ان الحبل كال محصورا بين الجنين يجتهد في تخليصه مع الاعتناء بمرور مختلف الأطراف الخلقى للجنين بحيث يكون ملاصقا للجنين فإذا لم يمكن الوصول إلى ذلك وإن كان نادرا يقطع الحبل كما تقدم . وأحيانا ينسبط الذراعان كلما نزل الجذع ويرتفعان بجوانب الرأس فيسوقان نزولها في التجويف الحوضي فيلزم الاجتهاد في خفضهما ما أمكن . ويتبدأ بخفض الذراع الخلقى سهولة انخفاضه وكيفية ذلك هي أن توجه السبابة والوسطى من اليد التي تجبر راحتها باستقامة إلى ظهر الجنين كما هو مشايله بشكل



شكل (١٣٦)

(١٣٦) ثم على السطح الخلقى والوحشى للذراع إلى أعلى المفصل العضى الرئدى ويرتقى الاجهام من الاسفل ليكون على السطح الانسى ويكون الاصبعان الباقيان ممتدين بمنزلة جبارى لا يصير الذراع عرضة للكسوفى أثنا ذلك يكون الجذع المثقف بخسوفة مرفوعا باليد الاخرى كما هو مشايله بشكل (١٣٧) وبضغط السبابة والوسطى على جميع امتداد الذراع وخزوم الساعدين حتى الذراع ويصل أمام الوجه

انظر شكل ١٣٧ فى صحيفة ١٩٣



شكل (١٣٧)

ثم أمام الصدر ثم يذانه بجانب الجذع  
وبهذه الكيفية يخلص أيضا الذراع  
التوجه الى الامام كما هو واضح في هذا  
الشكل (١) وعلى العموم اذا كان ظهر  
الجنين متجه الى اليسار يستعمل  
المولد خلاص الذراع الخلفي اليد  
اليمنى وتخلص الذراع المقدم اليد  
اليسرى. واذا كان الظهر متجه الى  
اليمنى يستعمل خلاص الذراع الخلفي  
اليد اليسرى وتخلص الذراع المقدم  
اليد اليمنى. وبعبارة أوضح تستعمل  
اليد اليمنى لتخلص الذراع الايمن  
واليد اليسرى لتخلص الذراع  
الايسرهما كان اتجاه الظهر. وقد  
يكون الذراع المقدم مرتفعا وساعده

خلف العنق فيصعب تخليصه لانه لا يمكن ازالة الذراع بين الظهر والعانة كما ازل بين الصدر  
وتغير العجز وكذلك اذا مر ساعد الذراع المرتفع أمام الرأس فلا يخفض من الخلف الا بالنواء  
مفصل الكتف من المهم قبل الشروع في عمل الانخفاض التحقق من كون الذراع خلف  
القفا وأمام الرأس. ويتأكد من معرفة ذلك بالبحث بالاصبع عن الزاوية السفلى  
للكتف ان كانت بعيدة من العمود الفقري أو قريبة منه فاذا كانت بعيدة تحقق أن  
ارتفاع الذراع حصل من أمام الصدر والرأس وان كانت قريبة يكون الارتفاع قد حصل  
من خلف الظهر ولكن معرفة ذلك صعبة ولذا لا يهتم المولد بالبحث عنه بل يلزمه في الحال  
خفض الذراع بأي طريقة. فاذا لم ينصح ذلك لزمه مرور يديه أسفل الجنين في حالة بطح  
قوى ثم يفعل فيه حركة التواء شديدة كافية لوضع الكتفين في اتجاه القطر العظيم  
من الحوض وحينئذ يمكن تخليص الذراع أو خروج الرأس مع الذراع المرتفع فاذا لم تنجح

(١) وفي أثناء تخليص الذراع الخلفي يرفع المولد يده الأخرى جذع الجنين ويخفضه أثناء تخليص الذراع المقدم

هذه الحركة أيضاً تم الطيب الولادة بدون ان يهتم بالتراجع (١) وأخيراً متى كانت الرأس وحدها في التجويف بالتجاذب جيد والمؤخرى الى الامام رفع المولد جذع الجنين جهة بطن أمه أثناء الطلق فيخرج الوجه فالجبهة فالقمة على الحافة المقدمة للجان . وحيث ان الجنين معرض في هذه الزمن الى الموت لانضغاطا الحبل السري فاذا لم يتم هذا انطروج بسرعة لزم المولد اخراجه بوضع سبابة ووسطى يده منضمتين ومنشبتين بهيئة خطاف في فم الجنين حال كون راحة هذه اليد محيطة بذقنه جيداً وحال كون أصابع اليد الاخرى موضوعة خلف



شكل (١٣٨)

الفقا كما هو مشار له بشكل (١٣٨) ثم جذبه أو توضع اليد الاولى على الفك العلوى بجانبى الانف عوضاً عن وضعها في الفم كما في شكل (١٣٩) . واذا اتفق ان ظهر الجنين بقي متجهها الى الخلف بالرغم مما فعل فلا ينبغي اليأس فان خروج الرأس يحصل في أغلب الاوقات بدون تعسر انما اذا كانت منبهة انتباه قويا يكفي وضع اصبعين على الفك السفلى وفعل الحركة العظمى الخلفية (ظهر على ظهر) لجذع الجنين لكي تترلق جبهته خلف العانة وتخرج من العرج اما اذا انسطت الرأس تماماً وارتكزت الذقن أعلى العانة فعلى المولد فعل الحركة العظمى

المقدمة للجنين (بطن على بطن) ليخرج المؤخرى أمام الجان فاذا لم يفد هذا العمل أسرع وضع الجفث . وأما اذا جاء الجنين بجماله جيدة ابتداء وكان ظهره متجهها نحو احدى الحفرتين الخفيتين ولم تتم الرأس حركتها الرئوية وبقيت بالعرض في التجويف فيترلق المولد به التي

(١) = ملحوظة = قد يسكر الفراغ مع هذه الاحتراسات ولكنه مريح لانه يكتفى في مراحله أن توضع عليه قطعة من القويور لاط معبر مثل الكسرين أو الشا أو الحس مدة غايبة أيام أو عشرة

انظر شكل ١٣٩ في صحيفة ١٩٥



راحتها تعاني المؤخرى بالطبيعة بين الخمد  
الاسفل وتغير العجز ثم يضع طرف جميع  
الاصابع على الخمد المتجه الى أعلى كما هو موضح  
له بشكل (١٤٠) ثم يفعل بها حركة كبقوية  
للساعد ليرد المؤخرى خلف العانة كما في شكل  
(١٤٠) المذكور وهذا العمل أفضل من وضع  
اصبعين من احدى اليدين على الخمد المتجه الى  
الاعلى واصبعين من اليد الاخرى خلف الاذن  
المتجهة الى الاسفل وبهاية كل حركة قوية في  
الرأس بوجه المؤخرى بجهة القوس العاني  
• ومتى وجدت يد الجنين في المهبل فلا يهتم  
بدفعها الى التحويل الرجى لانه لا يمكن  
الوصول الى ذلك بل يكتفى بوضع عروقه من شريط  
على معصمها كما في شكل (١٤١) ثم يشرع في  
التحويل فوراً اذا فائدة في الانتظار لان عند

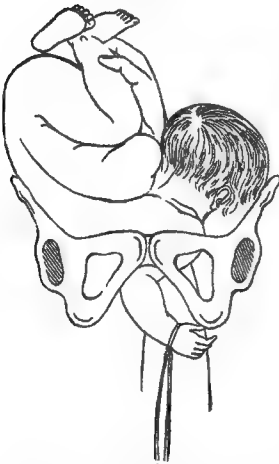
جذب القدمين وأحدهما الى المهبل يصعد شكل (١٣٩)

الذراع الساقط من نفسه في الرحم وتنبه العروة كلما صعد الكتف نحو فاع الرحم فيهذه  
الطريقة يبقى الذراع ملتصقا بالخدع ثم ان خروج يد الجنين من المهبل لا يفيد في تحسين  
المجيء بالكتف وان افاده لتخصيص الوضع ولذا لا يهتم به بل يلزم عمل التحويل في الحال كما  
تقدم بخلاف ما اذا كان الذراع جميعه خارج الفرج فانه يدل على أن الكتف منحصر  
انحصار اقربا في التقعر وأن الرحم خال من الماء بالكلية ومنقبض انقباضا شديدا وبناء  
على ذلك لا يمكن عمل التحويل بل يقطع الجنين واذا ظن المولود وجود ثوبين في الرحم أو عرف  
ذلك أثناء البحث على الاقدام لعمل التحويل لزمه الاحتراز من ضبط قدمين أو ركبتيين معا  
لانهم مار بما كالبجنيين فينجح من جذبهم ما معاتصيرات تلجى لأعمال أخرى

(في الجفت) - الجفت آلة معدة لضبط الرأس وجذبها الى الخارج وبه يمكن



شكل (١٤٠)

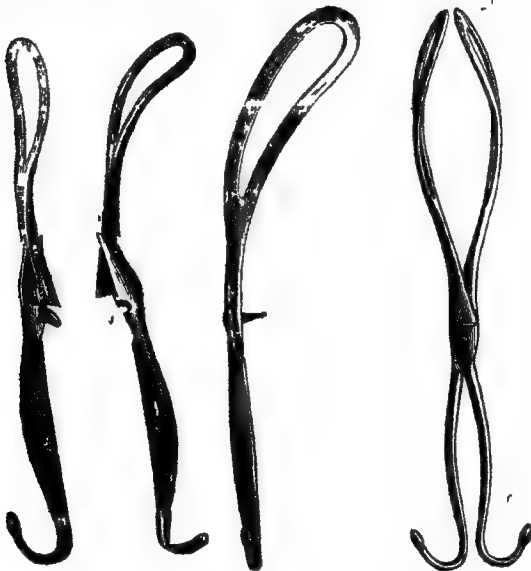


شكل (١٤١)

تقليل قطرها من ثمانية الى عشرة سنتيمترات وأول مخترع له ينزجربلن وأنواعه كثيرة أحسنها ما نزع العلم (لقرت) وهو منحن كما في شكل (١٤٢) و (١٤٣) وطوله ٤٥ سنتيمترا وأعظم عرض لكل ملعقة من ملاعقه خمسة سنتيمترات وإذا ضم الذراعان الى بعضهما كانت أكبر مسافة بينهما «سبعة سنتيمترات ويتركب من فرعين أحدهما أيسر ويسمى الفرع المذكور والثاني أيمن ويسمى الفرع المؤنث والطرف العلوي لكل فرع منهما على هيئة

ملعقة مثقوبة بثقب عريض وحافتا كل ملعقة من ملاعقه مقعرتان من الداخل محدبتان من الظاهر لتتوافق مع تقوس الحوض. والطرف السفلي لكل فرع ينتهي بكلا ب مسطح منحن ومفصل الجفت يتكون من محور طويل يوجد في الفرع المذكور أو اليساري ومن ثقب مطابق للمحور يوجد في الفرع المؤنث أو اليميني. وقد حوّر هذه الآلة المعلم (باجو) حيث صير كل فرع منهما مكوناً من جزأين رقيقين حفيقين يتصلان وينفصلان بالارادة حتى صارت في غاية الخفة سهلة الحمل وجعل مفصلها مركباً من محور حلزوني أي لولب يتعشق في ثقب في جانب الفرع المؤنث لافي وسطه وكلا بافرعه أحدهما حاد الطرف والاخر أملس وهذا

الجفت هو الأكثر استعمالاً وهو المشار به بشكل (١٤٤) ومعد لضبط الرأس في المضيق العلوي



شكل (١٤٢) شكل (١٤٣) شكل (١٤٤) شكل (١٤٥)

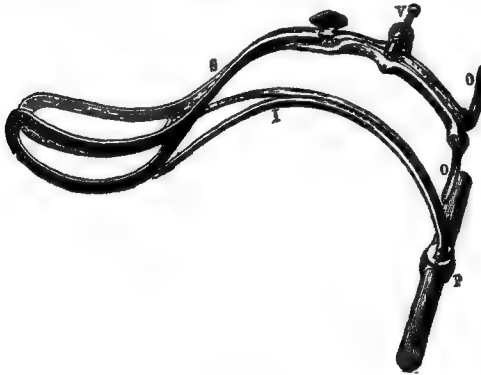
وفي الحوض أيضاً وقد اخترع هذا المعلم جفتاً آخر قصيراً بشكل (١٤٥) معد لضبط الرأس متى كانت في الحوض فقط . ومن الجفت الشبيهة بجفت المعلم تارنيير الذي يضبط ويقلل الحجم ويجذب في آن واحد إلا أنه متضاعف التركيب فيتركب من جزأين أحدهما عبارة عن جفت ولادة عادية معد لضبط رأس الجنين ومشار به بشكل (١٤٦) وطوله ٤٣ سنتيمتراً وملعقتا مشبهتان بملعقتي جفت ليشرت غير أنهما أقصر منهما وانحناءهما الحوضي أقل انحرافاً وقبضاً فرعية قصيرتان منتهيتان بكلاب مستديراً ملمس ومشار به ما بحرف (ز يرو) فرنسوي من الشكل المذكور ومفصل الفرعين تفصل جفت باجوأي محو وحارزوني

انظر شكل ١٤٥ و ١٤٦ في صحيفة ١٩٨





‘(ل) (ل) يسمى لولب المفصل مشارله بحرف (ل) فرنسوى من شكل (١٤٨) معد لحفظ فرعى الجفت منضمين ويوجد فى الجفت لولب فان فى الذراع الايسر مشارله بحرف (ف) فرنسوى من شكل (١٤٦) يوجد فى صامولة ويدخل فى تجويف شبيه بـ كرسى موجود فى الذراع اليمنى والغرض من هذا اللولب الاخير حفظ الملعقتين وفرعى الجذب مضغوطة على رأس الجنتين عند ربط صامولة هذا اللولب بدون أن يضطر المولد الى الضغط بيديه على الذراعين ولذا يسمى بالولاب الضغط أو التثبيت ثم يرافقه الوتليقة ثم يوجد تحت الحافة السفلى لكل ذراع فى المسافة الموجودة بين الملعقة والمفصل قضيب مشارله بحرف (ب) فرنسوى من شكل (١٤٧) يتصل أحد طرفيه المشارله بحرف (زيد) فرنسوى بالملعقة المشارله بحرف (أ) فرنسوى فى النقطة المشارله بحرف (زيد) الفرنسوى ويتصل الطرف الآخر شكل (١٤٥)

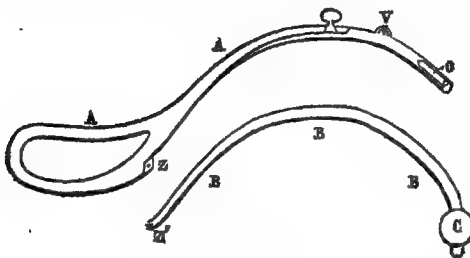


بيد الآلة  
فى النقطة  
المشار لها  
بحرف (ث)  
فرنسوى  
وهذا  
القضيب  
معد لجذب  
الملعقة ولا  
يبرز من  
تحت ذراع  
الجفت الا

شكل (١٤٦)

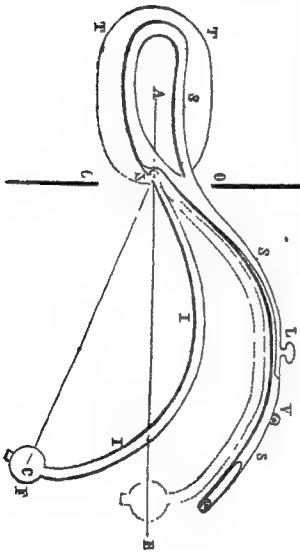
بعد ادخال الفروع فى المهبل على القواعد المتبعة فى ادخال فرعى الجفت ومتى استقرت تحت ذراع الجفت يكون كافى الفرع المشارله بحرف (اس) فرنسوى من شكل (١٤٨) ومتى كان

انظر شكل ١٤٧ وشكل ١٤٨ فى صحيفة ١٩٩



شكل (١٤٧)

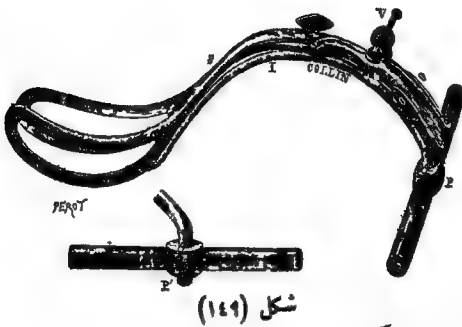
بارزا يكون  
كاهو مشاره  
بحرف (ا) من  
شكل (١٤٨)  
المذكور  
والجزء الثاني  
من جفت  
(تارنير) هو  
آلة الجذب



شكل (١٤٨)

الحقيقية المشار لها بحرف (ا) و (ب)  
فرنسوى من شكل (١٤٦) المتقدم  
و يتركب من ساقين مشار لهما بحرف (ا)  
و (ب) فساق حرف (ا) مستطيل وساق  
حرف (ب) مستعرض يجتمعان بحيث  
يكونان زاوية قائمة بواسطة مفصل ثمان  
الساق المستطيل يجمع قضبي الجذب  
بعد خروجهما من ذراعى الجفت  
بانصالة بهما من أحد طرفيه وينصل  
طرفه الآخر بالساق الاقنى المستعرض  
في نقطة حرف (ب) كاهو واضح في  
شكل (١٤٦) المتقدم والساق الثاني  
أى الاقنى المستعرض ينتهى بقبضة  
تسمح للواد بوضع يده عليها والجذب  
بواسطة وهذا الجذب يكون في اتجاه  
خط عمود من حرف (ا) الى حرف

(ب) من شكل (١٤٨) وبانضمام جزأى جفت (تارنير) يتكون منهما شكل (١٤٩)  
فماذ كرتعلم صعوبة استعمال جفت (تارنير) على من لم يراستعماله ولذا كان جفت



شكل (١٤٩)

(باجو) هو  
الاسكنر  
استعمالا  
في فرنسا  
وجفت  
(نجيل)  
في ألمانيا  
وجفت  
(سيسون)

في إنجلترا. ومن الجفوت الكثيرة  
الاستعمال أيضا جفت (ستولس)  
شكل (١٥٠) حرف (أ) من  
هذا الشكل يشير الجفت منظم  
الذراعين وحرف (ب) يشير  
لشكل يذات جناحين وحرف  
(ث) لذراع يدمم فردا أو إذا كان  
الجفت فاستعماله لا يكون إلا  
إذا انحصرت الرأس في المضيق  
العلوي ثم طرأ عارض خطر  
يلجئ لسرعة خروج الجنين  
كالتشنجات أو التزيف  
أو سقوط الجبل السرى أو أن  
الرأس لم تزل متحركة ولم تدخل  
في المضيق العلوي لكونها  
غليظة اللحم أو لفلة اتساع  
المضيق المذكور. ويستعمل  
الجفت أيضا متى كانت الرأس



شكل (١٥٠)

في

في التجويف ومكثت زمانا طويلا بدون أن تخرج بسبب مقاومة الأجزاء الرخوة أو بسبب عدم تناسب محسوس بين الجمجمة واقطار المضيق السفلى لغلظ في رأس الجنين أو اضيق في هذا المضيق . وكذلك يستعمل الجفت متى كان الحجيء بالقمة غير منتظم أو كان بالوجه وكان الرحم خاليا من الماد ومنقبضا انقباضا شديدا ويستعمل أيضا متى كان الحجيء بالقمة من ووقفت الرأس في التجويف ولم تخرج لان بساطها أكبر حجمها لكن اذا بقيت محصورة في المضيق العلوي حينما يكون الجنين آتيا بالقسمين والجذع محسورا في التجويف الحوضي لا يمكن ادخال الجفت واذن يلجأ الى انفصال الرأس أو قطع الجذع في جوفه الصدري قطعا منحرفا ثم تضبط الرأس بعد ذلك وتخرج لكن اذا كان الجذع صغيرا جدا والحوض متسما لا بأس من تجربة الجفت قبل الشروع في عملية الانفصال . ثم انه يشترط لوضع الجفت أربعة شروط الاول أن تكون الفتحة الرجية ممتدة تسمح لمرور ملعقة الجفت الثاني أن تكون الأغشية متمزقة الثالث أن لا يكون اتساع الحوض أقل من ثمانية سنتيمترات الرابع أن تكون رأس الجنين محصورة وغير متحركة في المضيق العلوي لان الجفت لا يوضع الا عليها

( ما يلزم المولود قبل العمل ) - ينبغي للمولود قبل الاقدام على العمل بالجفت أن يخبر المرأة بانه يريد فعل ما يسهل عليها الولادة على سبيل الاجمال ولا يخبرها بالحقيقة تفهيه الا ما لم تكن ذات ثبات وتريد الخلاص بأي طريقة فاذا كانت بكريه تحجل من اخبارها بذلك وجب عليه أن لا يخفي شيئا على أهلها ذنه رجاء طرا عليها خطرا ثم يبدأ بتفريغ المثانة والمستقيم ثم يعقم يديه واعضاء المرأة بالزروقات المعقمة ثم يجهر ما يلزمه من الادوات كالختم والمقص والمرهم البوريكي والقطن المعقم والحرق المعقمة والغاز اليودوفوري والمناشف المعقمة وكية من الكلوروفورم لتنويم المرأة وما يلزم لانتعاش الجنين اذا ولد مختنقا والغيار على الحبل السري جزء من الجيوب اذ ربما حدث في الرحم جود بعد اخراج الجنين والخلاص ويجهر أيضا ماء مختنقا في رجة (٤٥) وجهاز الزروقات ثم توضع المرأة بعد تنويمها كما توضع أثناء التحويل انما لا يلزمه أن يكون الفراش مرتفعا جدا بل متوسطا ان ارتفعاه

شيرا متعب للطبيب كما أن انخفاضه كثيرا متعب له أيضا وكذلك يلزم أن يرادها على المساعدين واحد يقوم بمناولة المولود فرعي الجفت حتى طلبهما ولا بد أن يكون هذا المساعد عادلا لفرعين المذكرو والمؤنث لئلا يحطى عند المناولة وبالجملة فهذا المرعان يعتمان أولا تعقبا جديا ثم يغمران برهة في الماء الحار ثم يدهنان بالمرهم البوريكي في تحذب الملعقتين

فقط لان تقعره مامعد لضبط جزء الجنين المندى كثيرا . وينبغي قبل الابتداء في وضع الجفت التحقق من مجي الرأس ومن كفاية تمدد العنق ومن غمق الغشمية ويكون ذلك بادخال طرف الأصبع بين جدر القصة الرجعية والرأس المشرفة على الخروج من العنق فيتحقق من ذلك يدخل الفرع الاول بدون أن يخرج يده وأول ما يدخل هو الفرع المذكور (الابسر) فيضبط باليد اليسرى ويوضع في الجهة اليسرى من الحوض ولا يوضع الفرع المؤنث أولا في أحوال نادرة ويكون ضبطه باليد اليمنى ووضعه في الجهة اليمنى من الحوض ثم ان وضع الجفت يكور في ثلاثة أزمنة متميزة . الاول زمن ادخال فرعي الجفت . الثاني زمن تعشق هذين الفرعين . الثالث استخراج الجزء الجنيني المضبوط . ففي الزمن الاول ينبغي ان يجتهد المولدف في ضبط رأس الجنين على حسب قطرها الجداري أي الحدبة الجدارية بملعقتي الجفت اذ لا شيء أنفع من ذلك فاذا كانت الرأس لم ترزل في المضيق العلوي يندران تكون في اتجاهه مستقيم لضبط ملعقتا الجفت الحدبات الجدارية كما ذكروها أيضا لا يمكن الاوضع أحد فرعي الجفت الى اليسار والاخر الى اليمين في نفس اتجاه القطر المستعرض للحوض أو قريبا منه . وبما أن الرأس تكون على العموم موضوعة بحالة يكون فيها قطرهما المؤخرى الجنبية موازيا تقريبا لحدبات الجفت المشرفة للمضيق العلوي فتضبط إحدى ملعقتي الجفت الحدبة الجنبية والأخرى تضبط الحدبة المؤخرية لكن بدون انتظام أما اذا كانت الرأس في القعوف الحوضي فيسهل ضبط الحدبات الجدارية بملعقتي الجفت من أول وهلة لان الرأس صارت مستقيمة تقريبا بعد الانحراف . وحيث ان الرأس في الحوض فيمكن ميل اتجاه الجفت بحسب الارادة لضبطها وان كانت منحرفة الاتجاه لانه يلزم ضبط الرأس من قطرها الجداري بحيث ان الحافة المقعرة للجبفت تعانق جزء الجمجمة أو جزء الوجه الذي يتخلص عادة أولا تحت القوس العاني في الولادة الذاتية وبناء على ذلك تكون الحافة المذكورة معانقة للأخرى اذا كان الجنبى بالقمة ولذا فين اذا كان الجنبى بالوجه . فاذا منع مانع من معرفة كون الوضع بالقمة كورم دموى فلا يعوق هذا العارض المولدف عن عمله فيوجه الملاءمتين كما لو جهه ما في الوضع الاول الكثير الحصول للجنبى بالقمة ثم يشرع في جذب الرأس جذبا طبيئا . واذ انين خطوه تركها وضبطها نائبا ضبطها بحكما ومهما كان الفرع الداخل يلزم ضبط الآخر في محاذاة تعشقه كما تضبط ريشة الكناكة كما في شكل ١٥١ هذا اذا كان فراش المرأة مرتفعا قليلا أما اذا كان منخفضا فيلزم ضبطه



بكلية اليد بعكس ما تقدم إما  
من طرفه كما في شكل ١٥٢  
أوفي محاذاة مفصل تعشقه  
بالفرع الآخر وهذا هو  
الأفضل . وفي أثناء ادخال  
الفرع تستخدم اليد الأخرى  
كدليل لتوجيه . أما اذا  
كانت الرأس لم تزل في المضيق  
العلوى فتدخل الاصابع  
كأها في أعضاء التناسل ماعدا  
الابهام فانه يبقى بمنحدا أعلى  
العانة كما في شكل (١٥٢)  
المذكور فإذا كانت الرأس في  
التجويف أوفي الفرج فيمكن  
بادخال السبابة والوسطى  
ملتصقتين بهما ليرزق  
عليهما فتدب ملقعة الفرع

شكل (١٥١)

المراد ادخاله كما في شكل (١٥١) المذكور أيضا . وفي كلتا الحالتين ينبغي أن يهتم المولّد  
بوضع أطراف الاصابع بين الرأس وحافة الفوهة الرجية قبل أن يزل منقار الملعة على  
السطح الراحي لهذه الاصابع وبذا يتحقق من وضع الآلة في الرحم نفسه لاني قعر المهبل  
ولهذا كان من المهم ادخال الاصبعين المرشدين في الرحم حتى يتجاوزا فتحته قبل ادخال  
فرع الجفت ثم ان كل فرع من فرعي الجفت في ابتداء ادخاله ينبغي أن يكون همر تكزرا  
تقريبا إلى الأربية المقابلة لجهة الحوض المتجهة نحوها الملعة كما هو واضح في شكل  
(١٥١) ويكون مشبك كلابه متجه إلى أعلى كما هو واضح في شكل (١٥١) بكيفية  
بها يكون منقار الملعة آتيا إلى الفرج في اتجاه لائق وكما دخل هذا المنقار في المهبل على  
سطح الوجه الراحي للاصابع المرشدة يهتم بخفض يد الفرع شيئا فشيئا ينفذ المرأة حتى



تصير اليد متجهة الى  
الاسفل قريبة من الخط  
المتوسط كما هو واضح في  
شكل (١٥٢). وبناء على  
ذلك تتبع الملعقة اتجاهها  
مخالفاً أى تتبع اتجاه محور  
التجويف الحوضى فنصل  
الى الجهة المقابلة لرأس  
الجنين. ومضى كانت الرأس  
في الموضع العالى وكان  
الفرع جيد الوضع ينبغي  
أن يكون المشبك منخفضاً  
جداً أسفل من مجاذة  
الفخذين ليكون ملائماً  
للفرج وأما اذا كانت  
في التجويف فليس من  
الضرورى خفض المشبك  
لهذه الدرجة ولاملاسة  
المدور للأجزاء التناسلية

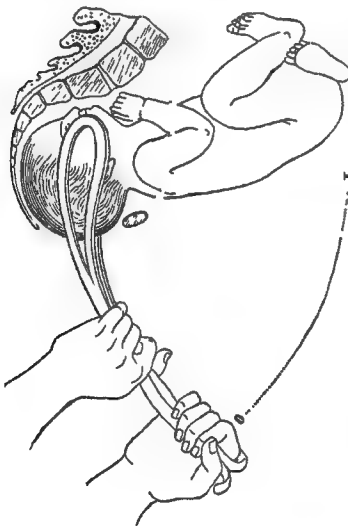
شكل (١٥٢)

والاحسن نقل اليد الضابطة لفرع الجفت من المفصل الى المشبك متى تجاوز نصف الملعقة  
القناة الفرجية الرجية ليسهل تدوير الملعقة نصف دائرة. وينبغي دفع الفرع عند ادخاله بغاية  
البطء وايقافه عند الاحساس بأدنى مقاومة واخرجه قليلاً ثم دفعه ثانياً بلطف موجه الى  
توجيهها احسن الان فبها المقاومة من الخطأ العظيم. ثم ان جودة وضع الفرع تعرف أولاً بكونه  
يدخل دخلاً عميقاً بدون تعسر بدفعه بلطف ثانياً انه بعد ادخاله اذا اجتذبه المواد الى  
الخراج باستقامة يدرك انه معاق وذلك لمعاذمة تغير الملعقة لجزء الرأس. وبالجملة ففي أثناء  
ادخال الملعقة على السطح الراعى للاصابع وانزلاقها عليه يدرك المواد كل تغيير يحصل في  
اتجاه

اتجاه الملعقة . فادأخض يد الفرع مبكراً أدرك الزلاق الملعقة أمام أصابعه المرشدة  
وتجاوزها لها من الامام . وادأرفهها مبكراً أدرك تجاوز الملعقة الاصابع من الخلف . فلذا  
وجه يد الفرع قليلاً نحو انحط المتوسط وقفت الملعقة على الثنيات المفصلة للاصابع . وادأ  
تجاوزت يد الفرع انحط المتوسط صادم متقار الملعقة فروق رأس الجنين فتمنعه من الاتجاه  
أبعد من ذلك ولذا يجب على المولدا أن يستيقظ لما تذكره اليد المرشدة لاجل أن يصلح بسرعة  
الاتجاهات الرديئة الواصلة للملعقة بواسطة الانحناءات الرديئة للسبك . وعلى المولود أن  
توضع الملعقة ابتداء من هذا الرباط العريض العجزي الوركي ومن هناك توجه الى المحل اللازم  
بحركة نصف دائرة فاذا كانت الرأس لم ترل في المضيء العلوى كان فعل هذه الحركة ضرورياً في  
الجهتين بدرجة واحدة . وأما اذا كانت في التجويف وكان وضعها عادياً بانحراف كانت  
هذه الحركة ضعيفة جداً ومفقودة من جهة . وتمتد من جهة أخرى . ففي الوضع الاول  
(مؤخرى حرق في يسارى مقدم) يكون الفرع الايمن هو الذى يفعل الحركة العظيمة مدمكة  
الفرع الايسر في محله وبالعكس في الوضع الخامس (مؤخرى حرق في عيني مقدم) وفي الاوضاع  
المنحرفة للثة اذا كانت الرأس محصورة بقوة في الجزء العلوى من التجويف وكان الحوض  
ضيقاً فقد يحصل لاولاً تسعرات عظيمة في وضع الفرع المقدم للثقب اذا كان الفرع  
الآخر موضوعاً يلزم اخراج هذا الاخير واعادة العمل ثانياً بان يتدنى باذخال الفرع المقدم  
الذى تعسر وضعه . وادأاتفق ان الفرع المقدم هو الايمن يفعل تصالب الفرع عينا لاجل  
تعشقهما أو يفعل فيهما مفصل صناعى بواسطة رباط على هيئة عروة مثنية . ومهما كان  
الفرع الموضوع أولاً فيعطى مشبكاً لمساعد يضبطه ضبطاً محكماداً استغلال المولود بوضع  
الفرع الآخر كما في شكل (١٥٢) المتقدم ويوصى المساعد الذى أعطى له مشبك الفرع بعدم  
توجيهه نحو انحط المتوسط لانه يؤثر كرافعة حقيقية من النوع الاول على الرأس فيضعها  
وضعا ثانياً في الجدار المقابل للحوض . وبهذه الكيفية يعوق مرور الفرع الثانى . والزمن  
الثانى وهو زمن تعشيق الفرعين ببعضهما يفعل بغاية البطء والاحتراس لتجنب رض الفوهة  
الرحمية . ومتى تقابل ثقب أحد الفرعين مع محور الفرع الآخر وجب على المولدا ان يدارته  
بنفسه أو بواسطة أحد المساعدين . وأحياناً لايسهل دخول البرمة في ثقبها لان العلقين قد  
لا يتجهان اتجاههما موافقاً فيصير أحد البروزين مخنياً بالنسبة للآخر وفي هذه الحالة يلزم  
ضبط كل مشبك بيد ويحتدى ادخال البرمة في الثقب بلطف فاذا لم يمكن ذلك يلزم اخراج



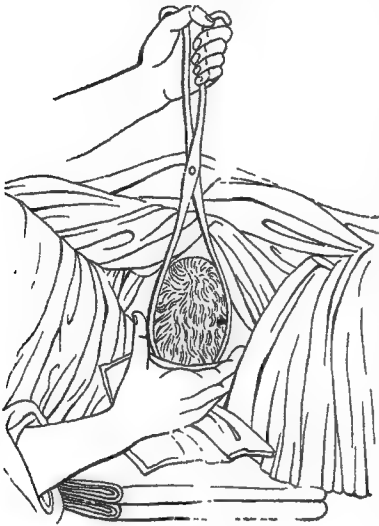
الفرع الثاني ووضعها ثانيا بطريقتة لا تفتق لئلا يمكن تعيقها ما بسهولة وقد لا ينتبه المولود فيدخل الفرع الايمن أو الايسر الثقب أسفل البرمة عوضا من أن يكون فوقها وحينئذ لا يمكن انضمام الفرعين إلا بعد اتصالهما ولاجل فعل التصلب يلزم ضبط كل مشبك بيد وتباعدا الفرعين بلطف ثم يمر بالفرع الايسر تحت الايمن . فاذا أدرك المولود أنه لا يمكن فعل التصلب الامع حصول غرق عنيف في عنق الرحم أو الفتحة المهبلية لتكون الرأس مخصصة بالملاصق على حسب قطرها العظيم لزم عدم فعل التصلب وأخذ رباط متين وثبته على هيئة عروة ثم ادخاله في الثقب ويلف به الفرعين عدة لفات (على شكل رقم ثمانية افرنجية) بحيطه احاطة متينة بالبرون من جهة وبالبرمة من جهة أخرى فبواسطة هذا الانضمام يمكن انتهاء الولادة جيد اذا فعل مع الالتفات التام . وفي الزمن الثالث الذي فيه يستخرج الجنين متى ضم الطبيب فرعى الجفت بأى طريقة يلزمه قبل الجذب التحقق من كون رأس الجنين وحدها مضبوطة بالجفت ضبطا جيدا أولا ويكون ذلك بوضع الاصبع في المهبل بين الملعقين والبحث عن ذلك أو بجذب الآلة قليلا لأن الرأس اذا كانت غير مضبوطة ضبطا محكما انزلق الجفت بدون أن يجذب شيئا معه . واذا



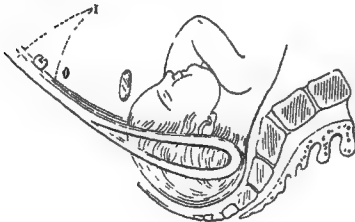
شكل (١٥٣)

ضبط الجفت جزأ من الامع الرأس يعرف بتألمها وقت الجذب فيبادر المولود بفك الآلة ثم وضعها ثانيا . وعلى العموم يلزم عند الجذب بالجفت أن يضبطه بأحدى اليدين في محاذاة المفصل وباليد الأخرى من أمام المشبك بحيث تكون الاصابع دائما على الآلة والا بهامان أسفلها كافي شكل (١٥٣) وتكون الجذبات معصوبة بحركات جانبية ودائرية فاذا لم يضطر لاستمرار الجذب فلا يجذب الامدة انقباض الرحم لان انقباضه يساعد على الخروج اما اذا اضطر لاستمرار الجذب فيلزم

فعلة أثناء الراحة والانقباض أيضاً مع أمر المرأة بالطلق إلى أن تنجى الرأس إلى الفرج  
وحيث يمنع الجذب ويسند العجان باليد الأخرى مع الرفع التدريجي ليد الآلة نحو بطن



شكل (١٥٤)



شكل (١٥٥)

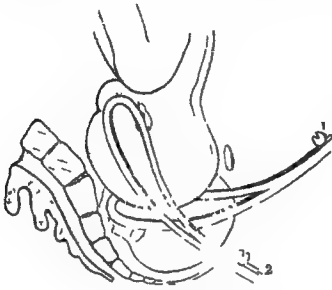
الام كما في شكل (١٥٤) فاذا  
شاهد المولود أن العجان مشرف  
على التمزق فعل الشقيين  
الحلفيين الصغيرين الجانبيين  
للشفرين . وفي أثناء اخراج  
الرأس من الفرج يلزم تلطيف  
الجذب بقدر الامكان مع ذكر  
المولود ميخانيكية خروج الرأس  
الذاني في الوضع المؤخرى  
العاني والوضع المؤخرى العجزى  
لكي يجذب في الحالة الاولى  
الى أسفل باليد الموجودة قرب  
تعشق الآلة الى أن يدخل  
المؤخر تحت العانة قبل رفع يد  
الجفت الى أعلى وفي الثانية  
يجذب الى الأمام والاعلى تابعا

نخط (أ) ولان شكل (١٥٥)  
حق يخرج المؤخرى ويصير  
على الحافة المقعدة للعجان  
قبل خفضه يد الآلة كما  
في شكل (١٥٥) وهاتان  
الطريقتان هما المستعملتان  
لاخراج الرأس في حالة المجىء

بالقمة لان جميع الاوضاع

المنحرفة تستعمل إما لوضع مؤخرى عانى أو مؤخرى عجزى . وفي جميع أحوال جذب الرأس

يلزم أن تتبع ملاعق الجفت بالضبط اتجاه محور الحوض كما في شكل (١٥٦) وقد توجد



شكل (١٥٦)

أحوال تلجئ المولدة لفعل جذبات قوية لخراج الرأس فإذا كرر فعلها في أزمنة مختلفة ولم تثمر أدركه عدم تحرك الرأس كان ذلك دليلاً على ضيق الحوض أو غلط الرأس فيلزم حينئذ ثقب الجمجمة وتفنيتها إذا لزم ثم إخراجها . ومتى خرجت الرأس وطرفا الملقطين لم يزل في الفرج يلزم الطبيب فك تشقق فرعى الجفت

وأخراج أحدهما بعد الآخر بحركة وجهه كالأمنه ما نحو أربية الجهة المقابلة أما إذا خرجا من الأعضاء التناسلية فلا يلزم لفكهما . ثم إذا خرجت الرأس ورفع الجفت ولم توجد انقباضات رجعية كافية لخراج جذع الجنين وخشى عليه أمر المولدة المرأة بالطلق وأدخل سبابتي يديه تحت ابطن الجنين وجذبه بهما لاسراع خروج الكتفين . فإذ كره وقواعد وضع الجفت في الأحوال الاعتيادية فيلزم العمل بها . وهناك أحوال غير عادية يوضع لأجلها الجفت بصفة خصوصية . وهذه الأحوال ثلاثة المحي بالوجه . المحي بقاعدة الجمجمة عقب المحي بالذاني للفتحة . بقاء الرأس وحدها في الرحم بعد قطعها من الجذع (الأول) إذا لم تنزل لرأس أعلى التجويف وكانت الذقن متجهة إلى الأمام لزم وضع الجفت كما يوضع في حالة المحي بالقمة فالذقن هنا بمنزلة المؤخرى في المحي بالقمة ولذا يلزم المولدة أن يوجهه إلى الذقن الحافة المقعرة للجفت ليجعلها تحت القوس العاني ابتداء ثم تخفض يد الجفت باليد القريبة من محل التشقيق إلى أن تخلص الذقن من القوس المذكور ثم ترفع يد الآلة لأجل خلاص باقي الرأس من مقدم العجان . ومتى كانت الذقن متجهة إلى الخلف وضع الجفت مرتين متعاقبتين لأجل خلاص الرأس . وأما الاجتهاد في إرجاع الرأس إلى الانثناء بمسكه من قرب المؤخرى فهو فعل غير مفيد . ثم إن وضع الجفت مرتين متواليتين بقوة يؤدي إلى التواء عنق الجنين لكن لا يخشى عليه منه ولو وصل إلى (١٥) درجة أنما المهم تخلص الأم من الآلام بقدر الامكان . وإذا وصل الوجه إلى العجان يمكن تحريك الرأس

بطء حركة عظيمة رجوية في زمن واحد بواسطة جفت قصير مستقيم لعدم قهر مقاومة العمود الفقري لاعطاء الجذع زمنا كافيا فيه يتبع الحركة الواقعة على الرأس \* (الثاني) اذا كان الجنين آتيا بالافدام والرأس لم تزل منحصرة في المضيق العلوي ففي هذه الحالة لا يمكن وضع الجفت عليها قبل فصلها من الجذع ومع ذلك يجرب وضعه اذا كان الجذع غير مالى للتجويف . واذا كانت محصورة في التجويف أمكن وضع الجفت لانه يمكن رفعه أو خفض جذع الجنين بقوة على حسب اتجاه المؤخرى الى الامام أو الى الخلف ثم يشرع المولدفى وضع فرعى الجفت على حسب القواعد المتقدمة انما يكون ادخال فرع الجفت على السطح القصى للجنين كما في شكل (١٥٧) و (١٥٨) لاعلى السطح الظهري له . ولاجل رفع جذع الجنين بقوة على



شكل (١٥٧)

عانة الام في حالة اتجاه الوجه الى الخلف يلزم لف الجذع مع الذراعين بقوة ويرفع الجذع بأيدي الجفت ومتى كان الوجه متجها الى الامام ترك المولدا الجذع ونفسه لان نقله ينخفض نحو الجمان . ومتى ضبطت الرأس وفرضا انها باقية في حالة انثناء فاذا كان الوجه متجها الى الجذب كما في شكل (١٥٧) تجذب الى الامام ثم الى الاعلى باليد اليسرى الموجودة قرب تعشق الآلة أثناء رفع الآلة شيئا فشيئا باليد اليمنى الى ان تصبح مشابهة للجفت في الهواء كما في شكل (١٥٧) أيضا . واذا كان الوجه متجها الى العانة

تجذب الرأس الى الاسفل وقليل الى الخلف باليد اليسرى مدة خفض يد الآلة باليد اليمنى كما في شكل (١٥٨) المذكور اذ في هذه الحالة الاخيرة تخرج الجبهة ابتداء لا المؤخرى

انظر شكل ١٥٨ في صحيفة ٢١٠



شكل (١٥٨)

وإذا كانت الرأس منبسطة والذقن مشبوبة أعلى العانة يلزم الجذب إلى الأمام ثم إلى الأعلى كما إذا كان الوجه متجها إلى الخلف في اتجاه الخط المشاره من (أ) إلى (ب) فرنسوى من شكل (١٥٩) أما إذا كانت الرأس منبسطة ومحصرة في التعويق مع اتجاه الذقن إلى الخلف فلا يمكن تخليصها بالجفت فيلجأ إلى تقطيت الجمجمة . وإذا كان اتجاه الذقن إلى الأمام وكانت مشبوبة على الحافة العليا للعانة فقد يمكن تخليصها وردها وبذا تصبح الحالة غير خطيرة لأنه يكفي لاتمام الولادة فعل بعض جذبات في الجذع مع رفعه نحو بطن أمه (بطن على بطن) أو بوضع الجفت وجذبه انما

لا يكون وضعه كما في شكل (١٥٩) المذكور بل يمر به على السطح الطهري للجنين وبذلك تصل ملاعقه إلى المهمل المقصود بدون صعوبة . (الثالث) وهو بقاء رأس الجنين وحده في الرحم أعلى المضيق العلوى في هذه الحالة يكون وضع الجفت أو الآلة المفتحة على الرأس صعبا جدا بسبب ارتفاعها وتحررها . ولذا يلزم قبل توصيل ملعقة الجفت ووضعها على جهتي الرأس بالضبط تثبيت الرأس تثبيتا جيدا بأيدي مساعدين فطن مع دفعهما أمكن نحو تجويف الحوض ثم يدخل المولود اليد اليسرى جميعها في التعويق الرحي للاهتمام بوضع الملعتين كما في شكل (١٦٠) واليد اليمنى تستعمل لادخال فرعي الجفت وفي أثناء ادخال ووضع الفرع الأيسر تكون اليد اليسرى التي في الرحم موضوعة في حالة بطح قهرى كما في شكل (١٦٠) المذكور وتكون في حالة نصف كب أثناء ادخال ووضع الفرع الأيمن كما في شكل (١٦١)

انظر شكل ١٥٩ في صحيفة ٢١١ وشكل ١٦٠ في صحيفة ٢١٢ وشكل ١٦١ في صحيفة ٢١٣



شكل (١٥٩)

(في ثقب الجمجمة) - الغرض من ثقب الجمجمة هو تقليل اقطار الرأس ليسهل خروجها . وثقب الجمجمة بمقص المعلم (سميلي) شكل (١٦٢) أو بثاقب الجمجمة للمعلم (بلوت) شكل (١٦٣) أو بمقص المعلم (نجلبيه) شكل (١٦٤) فإذا لم تيسر احدى هذه الآلات ثقتب الجمجمة بساق صاب ذى طرف حاد قاطع . والمشرط الكبير القاطع من الجهتين الموشح طرفه بكرة صغيرة من الشمع المذلف بشريط من القماش حازونياً على طوله يكفي لثقب الجمجمة عند الحاجة . وكيفية العمل أن توضع المرأة عرضاً على السرير كما توضع لعمل التحويل وتكون مقعدة تماماً على

حافته والرجلان خارجاً عن الحافة بالكيفية ثم يعقم المولود أعضاء التناسل ويديه كما تقدم ثم يدهن ظهر يده اليسرى بالمرهم البوريكى ويدخلها في المهبل ماعدا الاجهام وتكون الاربعة أصابع موضوعة على هيئة مخروط وقد تكتفى السبابة والوسطى لهذا العمل كما في شكل (١٦٥) حتى أدرك باليد رأس الجنين برفع النصف المقسم من حافة عنق الرحم ثم يزلق حذ ثاقب الجمجمة بانتظام على السطح الراحى اليد والاصابع فإذا وجد المولود تحت طرف الآلة ياهوياً أو نديراً كان البط سهلاً جداً إلا أنه لا يلزم فعله فيها لأنه ينسد الثقب بتقارب العظام أثناء الانقذاف بل يلزم فعل البط في الجزء العظمى الذى يقابل الاصبع فيضع الآلة عليه وضعا عوداً باقداً لا مكان مع الاعتناء بخفض يد الآلة حتى تلامس الحافة المقدمة للجان ويتحقق المولود أنه وصل الى المحل المقصود به المقاومة وخروج جلد من الدم الاسود واللب

انظر شكل ١٦٢ وشكل ١٦٣ وشكل ١٦٤ فى صحيفة ٢١٤ وشكل ١٦٥ فى صحيفة ٢١٥



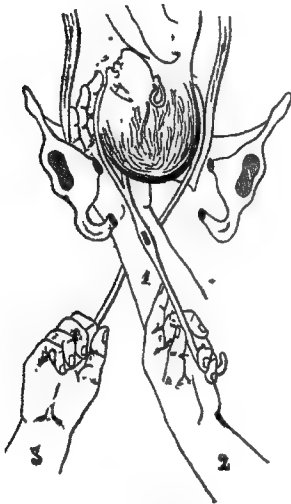
شكل (١٦٠)

الحفي وجبئذ لا يكون عليه الامباعدة  
فسرى ثاقب الجمجمة وتحرى يكمها حركة  
دائرية لاجل غزق المخ ثم بعد ذلك  
تخرج الآلة مع الاحتراس بواسطة اليد  
المرشدة من خدش المهبل . فاذا اضطر  
لتوسيع فتحة الثقب يخرج الثاقب من  
الجمجمة مفتوحا كما في شكل (١٦٥) .  
واذا كان القطر المجزى العاني لحوض  
المرأة ليس أقل من ثمانية سنتيمترات  
ونصف يترك الخروج للطبيعة فاذا  
لم تكف لخروجه أخرجه بالجفت  
. أما اذا كان قطر حوض المرأة أقل من  
ثمانية سنتيمترات فيلزم ثقب الجمجمة ثم  
تفتيتها واخراجها (٤) وبعض المولدين  
يفعل بعد الثقب والتفتيت زروقات

معقمة في تجويف الجمجمة لسهولة استفراغ الب الحفي . ثم ان ثقب الجمجمة يكون سهلا متى  
كان الهبي بالقمة كما في شكل (١٦٥) . وأما اذا كانت الرأس واقفة في المضيق العلوي بعد  
خروج الجنين فيكون ثقب الجمجمة صعبا وربما كان خطرا على الام اذا اراد المولد ثقبها من  
المؤخرى أو من الجهة لانه لا يمكن انجاء الآلة انجاءها عموديا على أحد هذه الاسطحة وان  
هذه الاجزاء تقاوم أكثر مما يحسن . لعادة من القمة فيمكن انزلاق طرف الآلة الثاقبة  
فيصيب الاعضاء التناسلية فالاحسن خفض الفك السفلي للجنين خفضا قويا بواسطة  
أصبعين يدخلان في الفم وبعد ذلك يدخل مقص (سمبلي) فيه فيثقب قبوته فيدخل في  
الكتلة الدماغية كما في شكل (١٦٦) فهذه الطريقة يمكن للولد أن يجري العمل عموديا بدون  
حصول انزلاق لطرف الآلة يخشى منه . وبعض المولدين ينقب قاعدة الجمجمة بكسر العظم

انظر شكل ١٦٥ وشكل ١٦٦ في صحيفة ٢١٥

(٤) واذا وضعت قطعة قماش أمام الفرج لتستلقي السائل الدماغي (حقما نه عن أعين الحاضرين) كان حنا  
الوندى

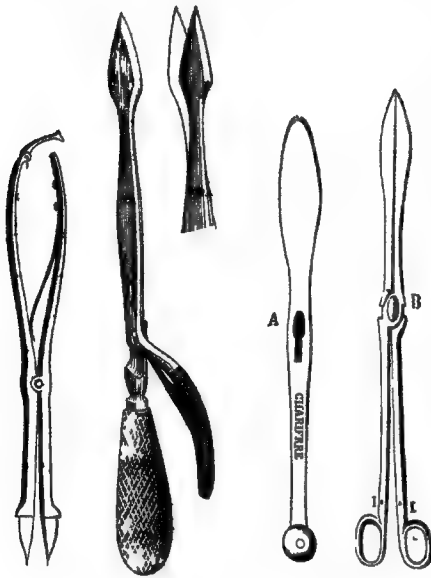


شكل (١٦١)

الوتدى ثم يخرج اللب الحى وبذلك يقل حجم  
الرأس لان العظم الوتدى متى انكمس  
وخارج اللب الحى فالصدغيان والجداريان  
الآنخذان نقطة ارتكازهما عليه ينخفضان  
بسهولة عظيمة وحينئذ نمر الرأس من  
المضيق الذى قطره ستة سنتيمترات بل  
ونحسه أما العظم المؤخرى والجبهى فلا يهتم  
بهما لانهما ينفذيان وينحنيان ويحصران  
بالغراف فلا يمنعان مرور الرأس من المضيق  
، وكيفية العمل هى انه متى كان جذع الجنين  
هو الخارج والرأس وحدها هى المحصورة  
وواقفة فى المضيق العلوى يفعل شق  
مستعرض فى الجزء العلوى من قص الجنين  
امتداده من سبعة الى ثمانية سنتيمترات  
ويسلخ الهسب العلوى منه بقدر سنتيمتر

واحد ثم يدخل فى الشق الجفت الطويل المعد للبوليوس ويدفع الى أعلى الى أن يصل  
للساعدة الجمجمة ثم يفتح فرعا فى جهات مختلفة مع حفظهما متباعدين أثناء اخراجه ليكونا  
طريةا منسعا يسمح لمرور ثاقب الجمجمة بدون مشقة وبدون تمزق للأجزاء التى يمر عليها لانه  
يكون حينئذ فى عمق ومصله الى قبوة البلعوم أى على قاعدة العظم الوتدى تقريبا . وإذا  
أمكن وصول الاصبعين المرشدين للجفت الى القمم بدون مشقة لزم ضبط الفك السفلى بهما  
ليثبتاه مدة تأثير الثاقب . وهذا الاحتراز ليس مهما لان الجذب الخفيف المستمر للجذع  
يثبت الرأس تثبيتا كافيا . والثاقب المفضل هو ثاقب (روجس) شكل (١٦٧) فبعد  
عمل العمدة الغشاقى فى القسم المقدم للعنق كما تقدم يدخل فيه الثاقب المذكور ثاقبا لاصبعين  
داخلين فى المهبل الى أن يصل الى قبوة البلعوم . وهذان الاصبعان يضبطان الفك السفلى  
ويثبتانه اذا أمكن فتكون الرأس مثبتة حينئذ بهذين الاصبعين ولا يؤمر المساعد بفعل





جذب مستمر على  
جذع الجنين بقي  
تثبت الرأس يلزم  
نقب المـ يـ زاب  
القاعـ دى للعظم  
المؤخرى أو نقب  
نفس قاعدة العظم  
الوندى برأس الثاقب  
الواقع عليها حركة  
التواء البرمة من  
اليسار الى اليمين  
ومتى دخلت في  
العظم قدرجسة الى  
سته سنتيمترات يفعل  
فيها بعض حركات

جانبية داخل المخ      شكل ١٦٢      شكل ١٦٣      شكل ١٦٤  
لتمزيقه ثم يخرج الثاقب قليلا بحركة رجوية في اتجاه عكس الاول أى الى أسفل قاعدة  
الجمجمة بدون اخراجه من الغمد العسائى أو يكتفى بتغيير اتجاهه قليلا حتى لا يخرج كلية  
من سمك العظم ثم ينقب هذا الجزء أيضا ثم ينتقل في نقطة أخرى من العظم المذكور وهم  
بحر حتى يحدث جولة تقرب على حسب نوع ضيق الحوض ففى صارت قاعدة الجمجمة مفتحة  
كما تقدم جذب جذع الجنين فتخرج الرأس بدون احتياج الى عمل آخر أما اذا كانت الرأس  
الواقفة في المضيق آتية بالوجه فيلزم ثقبها من الخراج وادخال الآلة فيها

(في تثبيت الجمجمة) - قد تقدم ان ثقب الجمجمة لا يفعل الا اذا كان قطر المضيق نحو  
ثمانية سنتيمترات أما اذا كان القطر أقل من ذلك فيلزم ثقبها ثم تثبتها ويكون التثبيت  
بحيث مخصوص فرعا قويا بان جسد او معلقاه طويلتان ضيقتان مثقوبتان كما هو مشارة

بأشكال



بشكل (١٦٨)

١٧٠ و ١٦٩

أو غير متقوئين

وعلى كل قيد

الجفت تكون

موشحة بلولب

يدور باليد كافي

شكل ١٦٨ أو

يدور بصامولة

قوية تحرك

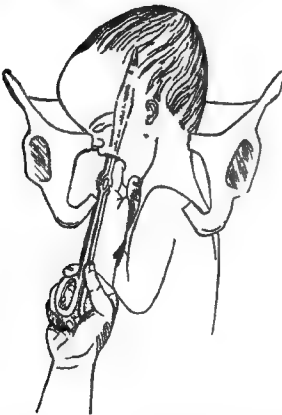
بالارادة معلة

لتفريب

الملاعتين كما هو

مشار لها بشكلي

شكل (١٦٥)



١٦٩ و ١٧٠ المذكورين أو تكون هذه

الصامولة مستعاضة بساق ذى اسنان موشح

بفتح مسنن كافي شكل (١٧١) أو مستعاضة

بمخلقة من جلد تلف على طرفي فرعي الجفت

كافي شكل (١٧٢) وأما التفتيت بواسطة

الجفت الناشر للعلم (فتويقل) المشار له بشكلي

(١٧٣) و (١٧٤) فهو وخطر له تضاعف تركيبه

وكذا ما قبل الجمجمة ومفتته للعلم تاريخيه وهو

متضاعف التركيب أيضا فيصعب استعماله

ولذا يلزم الاكتفاء بعمل التفتيت بأحد

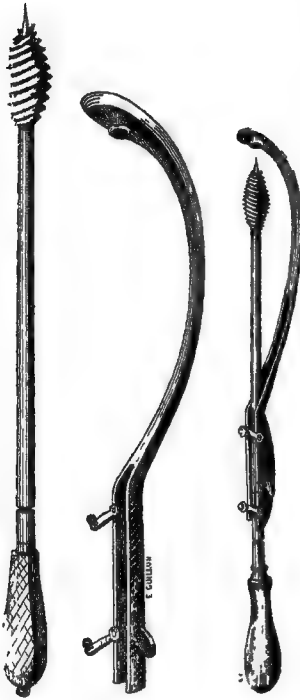
الجفت العادية المتقدمة شكل (١٦٨) أو

شكل (١٦٩) ثم ان وضع الجفت المفت

شكل (١٦٦)

انظر شكل ١٦٨ و ١٦٩ في صحيفة ٢١٧ وشكلي ١٧١ و ١٧٠ في صحيفة ٢١٨ وأشكال ١٧٢

و ١٧٣ و ١٧٤ في صحيفة ٢١٩

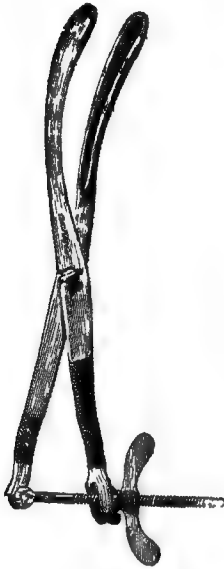


شكل (١٦٧)

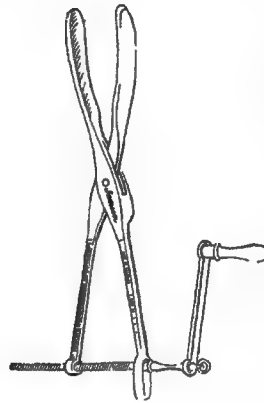
يكون كوضع الجفت البسيط لكن  
هنا يلزم الاحتراز في ادخاله لطوله  
وثقله كما انه يلزم أثناء ضبط الجمجمة  
تجنب ضبط جسد الرحم مع رأس  
الجنين بالجفت ولذا يلزم ادخال اليد  
بتمامها في الرحم كرسد لفرع الجفت  
قبل ادخالهما وفي أثناء ادخالهما  
يلزم وجود أحد المساعدين بجانب  
المرأة ليثبت الرحم بيده تثبيتاً متيناً  
لكي لا تترك الرأس المضيق العلوي  
بعد وضع الفرع الاول عليها ولاجل  
ضبط الرأس بالجفت من وسطها يلزم  
المولود وجيهه يد الجفت الى الاسفل  
والخلف نحو اليمين حتى ضبطت  
الرأس على حسب القطر الموافق  
صار طرفا فرعي الجفت متباعدين  
فيلزم اذن ادارة الصامولة الى أن  
يتلامس الفرعان بقدر ما يمكن واذا  
فعل المولود الثقب قبل التفتيت خرج  
اللب المحي من العرج عقب تقارب  
فرعي الجفت فيكون ذلك دليلاً على

تفتيت الرأس ومع ذلك يستمر على العمل متى تقارب الفرعان قربت ملاصقة الملعقتين  
واذن ينبغي تدوير الحامصة المقعرة للجفت الى اليسار أو اليمين لوضع القطر الصغير الحجم من  
الرأس في اتجاه القطر المضيق من الخوض ثم يفعل المولود جذبات قوية بالجفت على حسب  
المحور العام لقلبه الفرجية الرجعية . ويتكرر التفتيت يتجنب غزق الأعضاء التناسلية

بالسطايا



شكل (١٦٩)

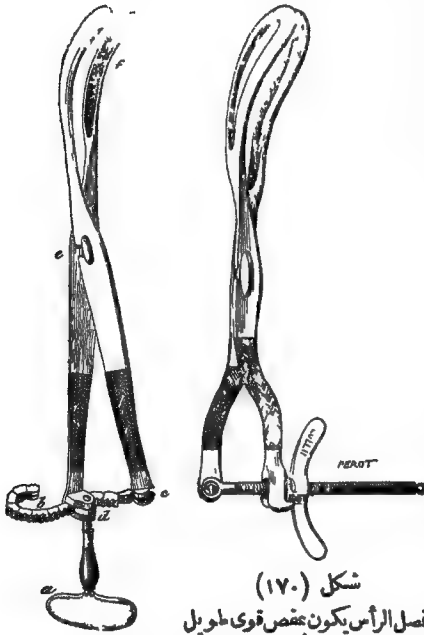


شكل (١٦٨)

بالشظايا  
العظمية  
الناخبة  
من تفتيت  
الجمجمة  
ولاجل  
ذلك يلزم  
تكرار  
التفتيت  
أربع  
دفعات  
أو خمساً

أوستاوفي كل دفعة بفعل التفتيت ثلاث مرات أو  
أربعاً إلا أنه بعد الدفعة الأولى يلزم فعل حركة رجوية  
عظيمة إلى اليسار أو اليمين في الرأس بالجفت المفتت  
حسب الوضع المعروف ففي ذلك يلزم فصل فرعى

الجفت ثم أخواجهما متتابعين ويترك خروج الجثة للطبيعة فإذا مضى نحو ساعة ولم تخرج  
لزم وضع الجفت والتفتيت به ثانية في قطر غير الأول من الرأس ثم فعل حركة رجوية في الجهة  
التي فعلت فيها الحركة الأولى ثم يخرج الجفت ويترك خروج الجثة للطبيعة أيضاً فإذا مضى  
هذا الزمن المحدد ولم تخرج الجثة كرر الوضع والتفتيت وهكذا إلى أن يفعل التفتيت خمس  
دفعات أو ستاً مع ذلك فعدد الدفعات يختلف على حسب درجة الضيق وقوة الانقباضات  
الرجمية فقد يكرر التفتيت إلى ثمان دفعات في مسافة ساعة أو ساعتين بدون حصول أدنى  
عارض لأولى ولا تباقي، والمفضل ترك الانقذاف للطبيعة متى تفتت الرأس وقل حجمها ولم  
يوجد عائق يمنعها عن الخروج بالانقباضات الرجمية وحدها لأنه إذا انضبط الرأس بعد  
تفتيتها انضبطت كجاء الجفت وكان الضيق عظيماً ثم جذبت بقوة تمرق عنق الرحم والمهبل .



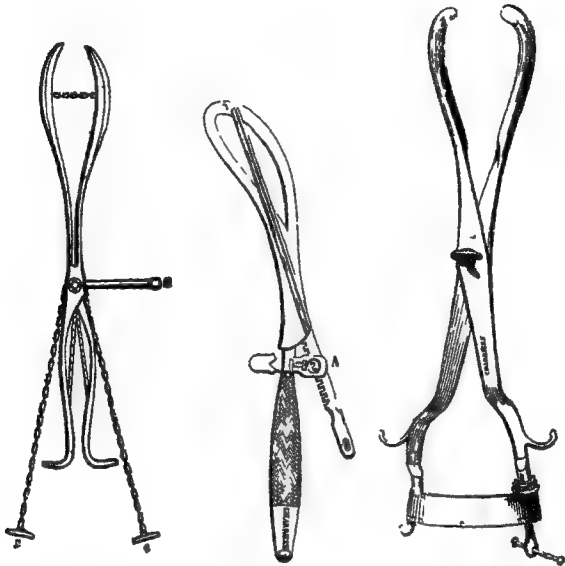
شكل (١٧٠)

شكل (١٧١)

وقد يمكن فعل التحويل المقعدى بعد التفيت اذا كان ضيق الحوض قليلا وسمح لدخول اليد فى الرحم . وفى حالة خروج الجنذع سواء كان بالتحويل المقعدى أرا الولادة الذاتية اذا وقفت الرأس فى الضيق العلوى بسبب ضيقه يلزم أولا جذب الجنذع بقوة باليدين فإذا لم يثر جذب باليد فإذا لم يثر أيضا لزم فصل الرأس لتخليص الفتاة الفرجية الرجبة منه ثم تفتت الرأس وتخرج وفصل الرأس يكون بمقص قوى طويل مستقيم شكل (١٧٥) أو بمقص منحني على سطحه . ويوصل الى عنق الجنين منقادا بأصبعين أو ثلاثة من اليد اليسرى للولادة بينما يكون المبدأ ممددا تحت الرحم والرأس جبهة دافئة وصل المقص الى العنق تفصل الرأس ويخرج الجنذع ثم تفتت الجمجمة كما تقدم وبما أن الرأس متى صارت منفصلة عن الجنذع فى الحوض الضيق صعب ضبطها بالجفت فيأمر ولا تثبتها ثم ثقبها من قاعدتها بالآلة المسماة بالفرنسوية (تريين) (المشار الى خلق) شكل (١٧٦) ثم يدخل فى الثقب الناجم عن هذه الآلة بواسطة جفت طويل قضيب صلب طوله من نجسة الى ستة سنتيمترات وممكن من نجسة الى ستة ملليمترات

انظر شكل ١٧٥ و ١٧٦ فى صفحة ٢٢٠

مربوط من وسطه بعسرة من خيط طويل متين ومتى ادخل القضيبي في تجويف الجمجمة

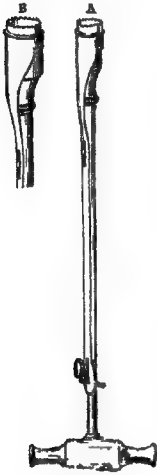


شكل (١٧٤)

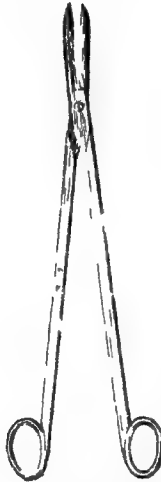
شكل (١٧٣)

شكل (١٧٢)

يشد الخيط فيصبر وضع القضيبي في باطن الجمجمة بالعرض ثم يسلم هذا الخيط الى المساعد ليحفظه مشدودا وبالشد نصير الجمجمة ثابتة الوضع وحينئذ يوضع جفت التفتيت وتفتت وبواسطة هذا الخيط يمكن جذبها الى الخارج بعد ذلك وبما أنه ينبغي تثبيت الجمجمة لثقبها أولا ثم تثبيتها لتفتيتها ثم جذبها بعد التفتيت وبما أن ذلك صعب فالأفضل قطع الكتفين والذراعين واخراجهما بحيث لا يبق في القناة المهبلية الفرجية الا العمود الفقري فيسهل ادخال الآلة الشاقبة أولا وتثبت الرأس بالشد على العمود المذكور بعد تغليفه بخزقة ثم بعد ثقب الجمجمة يخرج الشاقب ويوضع فرعا الآلة المفتة أثناء تثبيتها بجذب العمود الفقري المذكور أيضا ثم تثبتها أو تثقب الرأس بالشاقب الترييني ثم يدخل في باطنها القضيبي



شكل (١٧٦)



شكل (١٧٥)

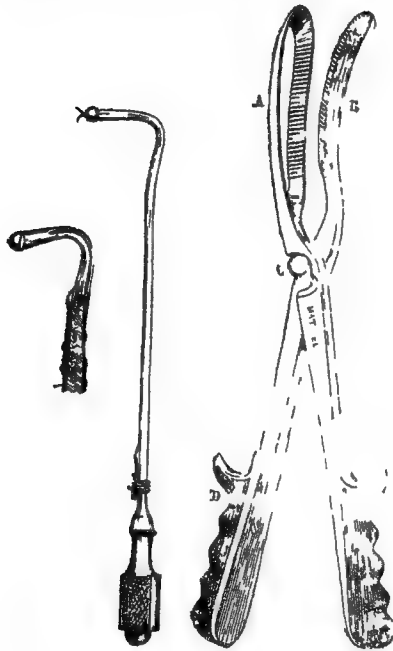
السابق الذكر مربوط بالخط  
ثم تفصل الرأس من العود  
الفقرى ثم تفتت وهذه العملية  
وان كانت سهلة الا انها خطيرة  
فانه مات سبع عشرة امرأة من  
ستين فعملت لهذا هذه العملية  
ولذا يفضل عنها ثقب الجمجمة  
ثم تفتتها بحفف المعلم سمسون  
شكل (١٧٧) وهو يتكون  
من فرعين أحدهما ذو ملعقة  
شباكية والآخر ذو ملعقة  
مسننة فبعد ثقب الجمجمة  
يدخل فيها من هذا الثقب  
الفرع الشباكى ثم يوضع الفرع

المسنن على سطحها الخارجى ثم يعشقهما ويقرب طرفيهما من بعضهما بقوة فتفتت الجزء  
المختص بين الملعقتين ثم يكرر هذا العمل في جملة نقط من الرأس

(في تقطيع الجنين) - اذا جاء الجنين بالبدن وكان الكتف منحصر انحصاراً متيناً  
والرحم منقبضاً انقباضاً تشعبياً لزم لآخر اجه فصله الى جزأين فيخرج الطرف السفلى أولاً  
بالجذب ثم العاوى المتصل بالرأس أما فصل الذراع الساقط في المهبل فلا يفيد فالأفضل  
تركه على ما هو عليه ولا يجذب الا عند الضرورة لآخر اجه الجزء المتصل به . ثم ان تقطيع  
الجنين امام صدره أو ظهره أو عنقه . فالقطع من الصدر يلزم أن يكون بانحراف على  
هيئة جمالة السيف العربى وينتدأ به امام أسفل الكتف المحصور ثم يصعد الى أعلى  
كتف الجهة المقابلة قريباً من قاعدة العنق ولما من أعلى الكتف المحصور ثم ينزل به  
منحرفاً الى أسفل الابط المقابل ويلزم قبل العمل أن تكون الايدي والآلات واعضاء المرأة  
معقمة جيداً كما تقدم . وبعمل القطع اما بالمقص الطويل القوي المستقيم شكل (١٧٥)

انظر شكل ١٧٧ في صحيفة ٢٢١

المتقدم وإما يقص منحن على سطحه فيدخل منقادا على اليد اليسرى المولدة تابعا حركاتها لتجنب جرح أعضاء التناسل . وبعضهم فعل القطع بواسطة كلاب ذى نصل حاد قاطع ولكن



استعماله صعب في غير قطع العنق كما سيجي . وبعضهم استعمل القطع بالشربخيطتين يمر حول الجذع ثم تخرج اطرافه خارج الفرج ثم يفعل فيهما سكتي ذهاب واياب بقوة . ولاجل مرور الخيط خلف جذع الجنين يؤخذ كلاب اعتيادي غير راد الطرف سطحه المذهب محفور بميزاب معد لقبول الخيط الذي يكون أحد طرفيه متبعا ومتقلا برصاص على هيئة قلنسوة تلبس لطرف الكلاب شكل (١٧٨) وتحفظ عليه بشد الخيط الذي يكون طرفه السائب

شكل (١٧٧) شكل (١٧٨)

خارجا من ثقب موجود

بيد الكلاب . وبهذا الوضع يدخل الكلاب في المهبل ثم في الرحم ثم خلف الجنين منقادا باليد اليسرى . حتى تأكد المولدان طرف الكلاب وصل الى الجهة الخلفية للجنين أخى الخيط لتسقط الرصاصه بثقلها فتظهر فيلتقطها اليد اليسرى خارج الفرج . فان لم تظهر من نفسها لم يمت عليها بالحقن الطويل المعد للبوليوس . حتى وجدت اخرجت كما تقدم ثم يمر بطرفه الخيط داخل منظار ثم يدفع المنظار داخل المهبل والرحم الى أن يلتصق طرفه



بالجنين ثم يستلم المولد المنتظر الى مساعده ليضع المولد في طرفي الخيط حركتي ذهاب واياب  
فبذلك تنشر الانسجة المحصورة في عبوة الخيط من الخلف الى الامام . والقطع بهذه الطريقة  
مفضل عن غيرها لوجود الخيط في أى محل ولسهولة وضعه ولسرعة قطع الاجزاء الواقعة عليها  
العمل ولعدم حدوث خطر على الأم

( في فصل الرأس من الجذع ) - تفصل الرأس في الجذع بقطع العنق اذا خرج الجذع  
ووقفت الرأس في المضيق العلوى سواء كان محيى ما الجنين بالمقعدة ذاتياً أو بالتحويل المقعدى

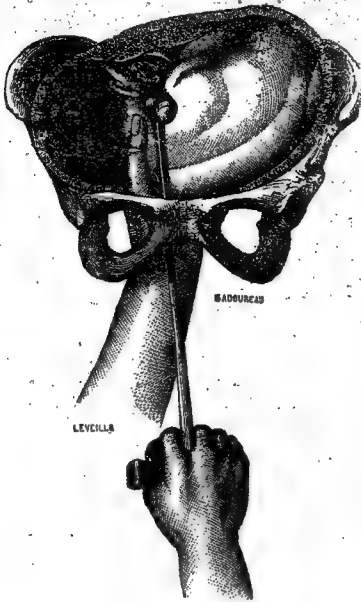


• ويكون القطع إما بالمقص الذى سبق ذكره أو بكلا منته  
طرفه العلوى برز كثير الصلابة وطرفه السفلى بساق من صلب  
مستدير غلظه سنتيمتر واحد منته بيد من قرن أو معدن شكل  
( ١٧٩ ) وجزؤه المضيقي قاطع تقريبا في طول امتداد تقعر  
تقوسه وكيفية القطع بهذه الآلة هي أن نعلم الايدي والآلة  
وأعضاء تناسل المرأة بعد وضع مقعدها على طرف السرير ثم  
ندخل اليد اليسرى الى أن نعانق عنق الجنين فتوضع أصابعها  
الاربعة خلف العنق وابهامها أمامه وبعد خفض العنق باليد  
ما أمكن يمسك المولد باليد اليمنى بدالآلة ويرلق الكلاب على  
ابهام اليد اليسرى الى أعلى عنق الجنين ثم يفعل حركة رجوية  
خفيفة ليدالآلة فيمر الكلاب أعلى عنق الجنين ثم يثبت هناك  
بجذب يدالآلة بقوة مع فعل حركات رجوية بها فتفصل فقرات  
العنق والاجزاء الرخوة . ويلزم دائما أن تكون حركات الكلاب

في راحة اليد اليسرى المرشدة الموجودة في الرحم كافي شكل ( ١٧٩ ) شكل

( ١٨٠ ) فتي انقطع العنق يخرج الجذع بالجذب من الذراع الساقط في الفرج ثم تخرج الرأس  
باليد أو بالجذب بدون تقطيعها أو بعد تقطيعها بدالآلة المقننة تبعاً للحالة ولا يلزم فصل الجنين من  
عنقه اذا انحصر الكتف ولم يمكن رده لصعوبة الوصول الى الرأس وضبطها في هذه الحالة  
فالأفضل القطع المنحرف بالصدر لانه لا يقطع العنق الا اذا كان ظاهراً في الفوهة الرجوية ولم  
يمكن جذب الذراع أو فعل التحويل . وعلى كل فالفضل عن قطع العنق وقطع الجذع هو الشق

انظر شكل ١٨٠ في صحيفة ٢٢٣



شكل (١٨٠)

البطني اذا كان الجنين تام  
المدة سواء كان حيا او ميتا لانه  
لا ينجم عنه تعريض المرأة  
لخطر ويصعب الخنق في أغلب  
الاحوال اذا كان حيا أما اذا  
كان غير تام المدة فالأفضل  
تقطيعه لانه لا ينجم عنه  
أذى مشقة خصوصا اذا كان  
ميتا. وهذا ما يفعل في الجهيء  
بالكنف متى كان ضيق المضيق  
العلاوي عظيما . واما اذا كان  
الحوض طبيعيا تقريرا واسع  
بدخول الكنف دخولاً غائرا  
ولم يمكن عمل التحويل فبعض  
المولدين يثقب الصدر بـكـلاب  
يدخله فيه الى أن يصل الى  
المود الفقري فيمزقه خلفه

ليصير المود في تقعره فيجذبه الى أسفل . وبعضهم لا يدخل الكلاب من الصدر بل يدفعه بين  
الرحم والجنين الى أن يتجاوز الاضلاع الكاذبة من الخلف ثم يديره بقوة مع الجذب ليثقب  
طرف الكلاب الجلد والانسجة ويصير داخل البطن وحينئذ يكون تقويس الكلاب معانقا  
للمود الفقري فيجذبه الى أسفل وبذلك يمكن اخراجه ولكن هذه الاعمال غير مفيدة ومضرة  
واذا استبدلت بالشق البطني

(في الشق البطني أى العملية القيصرية) - العملية القيصرية هي شق الجدار المقدم  
للـبطن والرحم لـاخراج الجنين ومتعلقاته اذا لم يمكن اخراجه من المسالك الطبيعية ولو بعد  
تفتيت الجمجمة ويلزم المولد أن يحيط قبل العملية بماسياتى . أو لامتى كان ضيق الحوض بين  
ثمانية سنتيمترات وتسعة ونصف وكان الجهيء بالقوة لازم الانتظار مع وضع الحنف عدة مرات فاذا

لم يفد ذلك تفتت الجمجمة وتخرج الجثة بالجفت ، وإذا كان المجيء بالمقعدة يلزم المولدة الانتظار أيضا وفعل جذبات جيدة فإذا لم يثمر وأمكن وضع الجفت على الرأس الباقية لزوم وضعه والافتتت الجمجمة وأخرجت . وإذا كان المجيء بالكشف لزوم فعل التحويل القدي ثم وضع الجفت على الرأس الباقية عند الاحتياج كما تقدم . فإنا إذا كان المجيء بالرأس وكان ضيق الحوض بين سبعة سنتيمترات وعمانية لزوم وضع الجفت فإذا لم يفد لم تفتت الجمجمة وكذلك إذا كان المجيء بالمقعدة وعاقبت الرأس انتهاء الولادة لم تفتتها فقط أو بعد تقطيع الجنين كما تقدم . وإذا كان المجيء بالكشف ولم يمكن رده ولا فعل التحويل يقطع الجنين ما لم تفضل المرأة العملية القيصرية له لتجانب جنينها المتنع بالحياة . فإنا إذا كان الضيق بين ستة سنتيمترات وسبعة وكان المجيء بالرأس يفعل تفتت الجمجمة البسيط والمتكرر ما لم تطلب المرأة العملية القيصرية له لنجاة الجنين . وإذا كان المجيء بالمقعدة وكان الجذع خارجا ووقفت الرأس في المضيق العلوى يقطع الجنين ويتبع بتفتت الجمجمة . وحيث كان الجنين ميتا فلا تفعل العملية القيصرية إلا إذا كان عظيم الحجم ولم يمكن إخراجه من المسالك الطبيعية بعد تقطيعه . وإذا كان المجيء بالكشف ولم يمكن رده لم يفد فعل العملية القيصرية إذا كان الجنين حيا أو ميتا كبيرا الحجم وإذا كان ميتا غير كبير الحجم لم تقطعه . رابعا إذا كان الضيق أقل من ستة سنتيمترات ولم يكن الجنين صغيرا جدا تعينت العملية القيصرية أي كان مجيء الجنين . وعلى كل متى وجدت حالة تستدعي هذه العملية يلزم التفكير في فعلها قبل حصول الطلق بأثنين وسبعين ساعة لأن في المبادرة منفعة عائدة على الجنين والامام أيضا لأنه إذا ابتدأ الطلق قبل الشروع في العمل بزمن طويل صارت المرأة عرضة لالتهاب يمتد إلى كذا الجنين يصير عرضة للموت خصوصا إذا سبق العملية أعمال عفيفة أو مستطيلة قصد بها إخراج الجنين كالتحويل أو وضع الجفت ولم يثمر . وينبغي أن تفعل العملية للمرأة في محل جيد الهواء ثم يفعل لها حقنة مسهلة مسهلة العمل وفي الصباح قبل العملية يفعل لها حقنة أخرى شرجية منقطة ومتى تعددت فتحة عنق الرحم يشرع في العمل \* والشق البطني بقصد منه إما استخراج الجنين ومعالجته فقط أو إخراج الرحم بمجافه فالأولى تعرف بالعملية القيصرية . والثانية بعملية (بودوا) وفي كليهما يلزم قبل الابتداء في العمل تحضير ماسيد كره أو لا وجود مساعدين من ذوي المهلومية بمقدار كاف لأن بعضهم يكون منوطا باستئناسق المرأة الكلوروفورم وأخر اضبط الرحم وتثيمته أثناء الشق ويلزم اثنان اضبط الفخذين يجلسان جانب المرأة ومساعد يضبط ذراعها

ذراعها ووجدعها ومساعد لتشيف الجرح زمن الشق ومساعد لناولة الآلات ويحضر أيضا ماء مغلي معقم في حرارة (٤٥) درجة أو أكثر بكمية عظيمة نحو ١٥ لترا وسوائل أخرى معقمة من السليمانى وحض الطرطريك ويحضر أيضا جهاز الزوقات وغاز يود وفورمى وقطن معقم بعضه مثل الاقراص والبعض الآخر مثل الكرات وأربطة من شاش معقم ومن فانيلام معقمة ورفائف معقمة وجميع ما ذكر يكون محفوظا بعد تعقيمه في قنطريونات معقمة لا يخرج منها الا وقت العمل ويكون استخراجها وتناولها بواسطة جفت معقم . ويلزم أيضا تحضير جفت ولادة وخبوط من حور وخبوط من الكاوتشوج غليظة القطر نواعا والجميع يكون معقما جيدا . وكذلك تجهز أنابيب ادريناج من الكاوتشوالاخر ومناسف وخرق جافة معقمة دائسة لتغليف الجنين . ومصل صناعى وحقنة لحقنه تحت الجلد . ويلزم أن تكون قاعة العملية معقمة جيدا امر شوشة بسوائل فنيكية وتكون حرارة القاعة زمن الشتاء نحو عشرين درجة وتحضر أيضا مساطر مستقيمة ضيقة النصل ذات زرو ومساطر محدبة ومقصات طويلة قوية وعدد عظيم من الجفوت وذوات الضغط المستمر لقطع الزيف العادى وجفوت أخرى طويلة قوية بعضها مسطحة وبعضها منحنى وإبرة طويلة منحنية ذات يد لتحريك بالارادة وأخرى متوسطة الغلظ وأخرى غليظة للغطاية مع حامل قوى للذر وجس قنوى من الفضة ورباط من الكاوتشوالاخر طوله نحو الخمسين سنتيمترا وقطره نحو خمسة ملليمترات وسيوخ من صلب طولها خمسة وعشرون سنتيمترا وقطرها ملليمتر واحد حادة من أحد أطرافها ويداضبطها وادخالها بواسطة في الأنسجة . وجهاز الترموكوتير وجهاز الزوقات للغسيل وقساطير مائية من الفضة هذا مع التيقظ لوجوب تعقيم أيدي المساعدين وأطرافهم وجميع ملابسهم ثم بعد ذلك تقسطر المرأة لاجراء جميع البول الموجود في مثانتها ثم تعقم أعضاء التناسل وبعد التعقيم يسد الفرج بسدادة من غاز اليود وفورم ثم يغسل جلد البطن بالصابون والماء المغلى السخن بواسطة فرشاة ثم بالسوائل المعقمة أيضا ثم تعطى البطن رفايد مضادة للتعفن معقمة . ويلزم أن تكون طاولة العملية تطييفة معقمة وليست كثيرة الارتفاع فتوضع المرأة فوقها ثم تنوم بالكور وفورم حتى صارت المرأة في خدر تام يجلس المولود على يسارها اذا ابتدأ بالشق من أسفل وعلى يمينها اذا ابتدأ به من أعلى ثم يقوم كل من المساعدين بمساعدته اليه كما تقدم ثم يأخذ المولود المشرط المحذب ويشق البطن في الخط المتوسط شقا مستقيما

طوله من (١٥) الى (١٨) سنتيمتر امتد ثابه من أعلى السرة ثم ينزل به ليجيظها من جهتها اليسرى ثم يتبع الخط المتوسط ثانيا بعد تجاوز الشق للسرة من أسفل ويستمر نازلا الى أن يقف أعلى الارتفاق العاني بفجوة أربعة أو ثلاثة سنتيمترات . وهذا اذا ابتدأ بالشق من أعلى اما اذا ابتدأه من أسفل فيكون من أعلى الارتفاق بثلاثة سنتيمترات . وفي كليهما يلزم وضع جفوت ضاغطة على الاوعية النازفة أولا فأولا أثناء الشق أو تربط الاوعية النازفة أولا فأولا والمساعد المستعد للتنشيف يلزم أن ينشف الجرح أولا فأولا برقائه معقمة أو بكرات أو أقراص من القطن المعقم معصورة فبذلك يصير الجرح جافا فيسهل على المولد الشق بكل احتراس . ومتى وصل المولد الى البر يتون يلزم ضبطه بطرف الجفت ورفعها الى أعلى ثم يتقبه ويدخل في تجويفه من هذا الثقب مجساقنوبا وعليه يشق هذا الغشاء فيصير التجويف البطني مفتوحا فينشد محيط أحد المساعدين في الحمال حواشي الجرح بالرفائد المعقمة السخنة المعصورة جيدا ويكون تناول كل منها بالجفت المعقم كما تقدم فاذا كان هنالك سائل يجففه ويلزم المساعد المثبت للرحم أن يدفع حافتي الجرح البطني على الرحم الذي يبرز في الخط المتوسط بين حواشي الشق كفتق الحصفه مابه حينئذ يشرع المولد في شق الرحم ولاجل ذلك يلزم أن تكون جدر الرحم موضوعة في الخط المتوسط بالضبط كما تقدم ثم يجسه باليد بلطف والانتقبض وهذا الجس لا دراله المحل المتصقة فيه المشيمة لتباعد عنها أثناء شق الرحم ما أمكن ثم يشق الرحم في امتداد طوله من أربعة الى خمسة سنتيمترات ويكون الشق طبقة فطبقة حتى وصل التجويفه عقم الاصبع مرة أخرى بمحاول السليمانى ثم يدخله فيه ليبحث تجويفه بسرعة ليعرف محل التصاق المشيمة وعلى هذا الاصبع يقاد المشرط لتوسيع الشق بسرعة من أعلى وأسفل بدون التفات الى الدم التنازف واذا أصاب الشق أو القطع جوا من المشيمة ينبغي الاسراع في تكملة الشق والوصول الى كيس الجنين لفتحه وقد يشق الكيس أثناء شق الرحم ويعلم ذلك بخروج السائل جفاة على هيئة نافورة فاذا كان شق الكيس متسعا أخرج الجنين بضبط الجزء الاكفى نحو الشق ثم جذبه وينبغي ضبطه بالجفت اذا احتيج اليه ومتى خرج الجنين يوضع جفتان ذوا ضغط مستمر على الحبل السرى في نقطتين متباعدتين ثم يقطع الحبل بينهما ثم يرفع الطفل ويسلم لاحد المساعدين ويستغل المولد بالخلاص فيدخل يده في الرحم ويفصل المشيمة ان لم تكن منفصلة ثم يخرجها بعد ذلك ويستفرغ جميع ما في الرحم بينما يكون أحد المساعدين موجهانا نافورة ماء مغلى في

حرارة ٤٥ درجة داخل الرحم لغسله وإيقاف التزيف . وأحيانا يفعل مع ما تقدم حقنة تحت الجلد من الارجوتين اذا استمر التزيف فاذا استمر بعد ذلك تؤخذ نشافة معقمة وتلف **ص** كرباط حول الرحم ثم تلوى اطرافها كأنه يقصد بذلك اختناق الرحم فاذا كان إيقاف التزيف غير ممكن لزم ربط الرحم من أربطته بالجبل الكاوتشوكا اذا أريد فصله فيقف التزيف لأن إيقاف التزيف ضروري جدا في هذه العملية لكونه مخيفا ويحصل دائما في هذه العملية ولذا يجب على المولدة أن يكون محضرا كل ما يلزم لإيقافه . ومتى تم العمل ووقف التزيف يبحث عن فتحة عنق الرحم فاذا لم تكن كافية الاتساع لخروج السوائل الرجية يلزم أن توضع فيها أنبوبة ادريناج لتتصل بالمهبل بطرفها السفلى وأطرافها العلوى فلا ينبغي أن يتجاوز فتحة عنق الرحم الباطنة كثيرا ثم ينظف الرحم ويعقم ويخفف باطنه ومتى تأكد المولدة من وقوف التزيف بعد التعقيم والتخفيف الأخير تفعل الخياطة بحيث يكون بعضها غائرا والبعض سطحيًا فالخياطة الغائرة تكون بالخييط الحرير المعقم بواسطة الابرة الكبيرة المنحنية وأول غرزة تكون في الطرف العلوى لجرح الرحم أسفل سنتيمتر واحد بحيث تشمل جميع سم الجلد ثم الابتداء بها يكون بعيدا عن حافة الجرح سنتيمترين وهكذا تكون الغرز التي تليها إلى أن يصل إلى الطرف السفلى للجرح وكل غرزة تكون بعيدة عن الأخرى سنتيمتر واحد والخياطة السطحية تكون نصف غائرة تقريرا وتفعل بخييط الكاتجوت غرزة (١) وكل غرزة تكون بعيدة عن الأخرى بنصف سنتيمتر ومتباعدة عن حافة الجرح سنتيمتر ومتى تمت خياطة الرحم بفصل البريتون ويعقم ثم تحاط جدار البطن خياطة غائرة وسطحية أيضا فبالغائرة يضم البريتون والألياف العضلية والسطحية تضم حواف الجرح البطنى ثم بعد ذلك ينظف ويعقم محل الجرح والخياطة ثم يذرع عليه مسحق اليود وفورم ثم يوضع الغيار المكون من الغاز اليود وفورمى والقطن المعقم ثم الزائدة المعقمة وبعد ذلك يغسل ويعقم المهبل . ويوضع على الفرج كمية من الغاز اليود وفورمى والقطن المعقم ويحفظ غيار البطن بلصافة بدنية والغيار الغربى برباط تانى ثم تنقل المرأة إلى فراشها وتترك في راحة تامة ولا يعطى لها مدة الثلاثة أيام الاول اللبن والمرق والغيار لا يرفع الا ثالث يوم بدون أن تحل الخياطة وحلها لا يكون الا بعد اليوم الرابع عشر إلى الحادى والعشرين

(في بتر الرحم) - يبتدأ الرحم الشامل لمحصل العلق من أعلى اندغامه المهبل . ويلزم لبنه تحضير كافة ما ذكر في العملية القيصرية . متى تم التحضير والتعقيم وتوهم المرأة فعل

الشق البطني القيصري بالطريقة المتقدمة لكن يكون هذا أكثر طولا لينجم عن ذلك قصّة تسمح لخروج الرحم بمشكلاته بدون مشقة . ففى شق الجدار البطني والبريتون وانكشف الرحم وجب على المساعد المثبت للرحم أن يدفعه الى الامام ليخرج من تجويف البطن أثناء ما يكون المساعدان الجانبيان ضاغطين ومقربين حافى الشق البطني من بعضهما خلف الرحم وبذلك يعان بروز العرى المعوية الى الخارج . وحينئذ يأخذ المولى جمل الكاوتشو فيلف به الرحم مرتين فى محاذاة اجتماع الجزء السفلى لجسمه بعنقه . ويكون هذا اللف بقوة ثم يصاب طرفى الرباط ثم يضع فوقه ما جفتا قويا ذا ضغط مستمر ثم يلف على هذين الطرفين خيطا آخر من دوجا بشدّة قوية أيضا ثم يعقد عقدة من دوجة فالرباط الاوّل الوقتى يصير بعد الشد القوي والعقد رباطا دائما فيرفع الحفت حينئذ ثم ينز الرحم بمشرط قوى أو بمديّة بتر أو بمقص أعلى الرباط باصبعين ثم بعد ذلك يستأصل الجزء الغشائى الذى برز من مركز العنق بعد البتر . وإذا كانت الحالة عفنة يلزم به البتر كى سطح الجرح بواسطة الترموكوتير . وبعد تتييم ما ذكر يلزم المولّد أن ينفذ فى العنق أسفل الرباط سيخين أحدهما بعد الآخر بكيفية بها يصيران متصاليين فى مركز العنق ثم بعد ذلك يلزم تقرب حافى البريتون من بعضهما نحو فة القطع الرحجى ويحاطان حول دائرة العنق أسفل الرباط والسيخين ثم تضم حوافى جرح البطن بالخياطة كما ذكر فى العملية السابقة ثم ينز على الجرح المحيط وعلى فة القطع الرحجى الباقي فى الخارج مسحوق اليود وفورم ثم يغلف الجرح ويحاط أيضا عنق القطع الرحجى بالغاز اليود وفورى ثم يوضع جزء من القطن المعقم الجاف أسفل أطراف السيخين بينهما وبين جلد البطن ثم ينز على ذلك مسحوق اليود وفورم أيضا ويغلف الجميع بالقطن المعقم ثم يحفظ ذلك برباط بدن معقم . ثم بعد بضعة أيام من العمل يقع العنق الموجود أعلى الرباط فى غنغرينة فإذا كانت جافة (وهو الغالب) كان ذلك جيدا لصحة المرأة وإذا كانت رخوة ونجم عنها افرازات عفنة فيلزم مقاومتها باستعمال مضاداتها بكل حمة ودقة كما يلزم فصل الاجزاء الميتة أولا فأولا للسرعة الشفاء . وإذا حصل نزيف من جرح العنق بعد وضع الرباط الاول عليه لزم وضع رباط آخر فوق الاول أو يحاط الجزء النازف . وعلى العموم يلزم بعد العمل غسل الفرج وتعقيمه ويكرر ذلك يوما بعد كل تبول للمرأة أما غيار الجرح فلا يرفع الا فى اليوم الثامن من العمل . وعادة لا ترفع غرز خياطة جدار البطن الا فى نحو الاسبوع الثالث فيسقط العنق ويخلفه ندبة سرية فنجبة (والعملية القيصريّة أفضل من البتر)

(في العملية القيصرية بعد الموت) - اذا ماتت المرأة لا يعيش جنينها بعد موتها الا من عشر دقائق الى اثني عشرة. فتي وقف قلبه ومضى عليه خمس اوست دقائق لا يمكن ردا الحياة اليه ولذا لا يفعل المولدة العملية القيصرية للرأ الميتة الا اذا تحقق بالسمع أولاً ان الجنين حي وانه قابل للعيشة خارج الرحم . وثانياً اذا تحقق بالجلس المهبلي انه لا يمكن الاسراع باخراجه من الطريق الرحي المهبلي ولوشق عنق الرحم شقاً متسعاً . فتي تأكد من ذلك ورأى لزوم العملية القيصرية شرع في فعلها بكل دقة كما اذا كانت المرأة حية اذ ربما كان الموت ظاهراً بالاحقيقا

(في استخراج المتحصل الحمل خارج الرحم) - اذا صارت المضغة خارج التجويف الرحي يندران تعيش ليمتغوها بل في الغالب يتمزق كيسها قبل الشهر الخامس فيخرج المتحصل منه في تجويف البريتون مع كمية كبيرة أو قليلة من الدم والماء الامنيوسي . فاذا لم يتمزق الكيس واستمرت نموها الى انتهاء مدة الحمل خرج المتحصل من الطريق الطبيعي وبالاقتصاصات الرحية الذاتية وحدها أو بمساعدة موضع الجفت . وقد لا يخرج من الطريق الطبيعي فيلتجأ لاخراجه بالشق البطني كما تقدم . ففي الحالة التي يمكن انهاء الولادة فيها من المسالك الطبيعية تكون البيضة الملقحة إما واقفة في جزء البوق المازمن الزاوية الرحية وإما في نفس سمك الجدر الرحية فتموهناك فيتمزق البوق أو الاليساف الباطنية الرحية بعد ذلك وينتهي متحصل العلق مع كيسه بالظهور في تجويف الرحم بحيث يشغل هذا التجويف وقت الولادة وفي هذه الحالة لا توجد تعسرات ولا شيء خاص بالحمل خارج الرحم ويكون ارشاد المولدة فيها كالعادة أما اذا القحت البيضة بعيداً عن الرحم والبوق فلا يمكن فيها انتهاء الولادة من المسالك الطبيعية . فاذا وصل الحمل الى الشهر السابع من النمو (وان كان ذلك نادراً) كان المتحصل في تجويف البطن لا في تجويف الرحم وحينئذ فدلالة العمل تختلف باختلاف موته وحياته وموضعه وحالة الكيس بالنسبة للتمزق وعدمه . فتي كان الجنين حياً ولم يتمزق كيسه ولم يطرأ عارض يدعو لسرعة العمل ينتظر الطاق فتي حصل فعل الشق البطني وأخرج الجنين كما تقدم . واذا كان ميتاً ولم يتمزق الكيس ينتظر ظهور أحد العوارض التي تنجم عن وجود الجثة الميتة داخل البطن فاذا حصل الطارئ أسرع بالعمل خصوصاً اذا كان ظواهر التهاب بر يتوفى فيفعل الشق في النقطة التي يكون فيها الكيس أكثر وضوحاً وتارة يكون ذلك قرب الرحم وتارة يكون قرب المهبل نحو إحدى



الحفرتين الحرقيتين فإذا كان بروز الكيس أكثر وضوحاً في المهبل فعُد فيه الشق وإذا كان في المستقيم فعُد فيه وأخرج الجنين بالجفت فإذا انعذرا لخروج ترك و يقتصر على فعل الزرقات المعقمة فيمتنع الجنين وينزل قطعاً مع سواقل الزرقات من الفتحة المهبلية أو الشرجية وهكذا يكرر هذا العمل مرتين أو ثلاثاً في اليوم حتى يتم خروج أجزائه فتشفى المرأة أما إذا لم يمكن الوصول الكيس من المهبل أو المستقيم فيلزم فعل الشق البطني في الجلد والعضل بدون أن يشق البريتون فيلتصق الكيس بعد يومين بريتون حوافي جرح البطن ثم يفتح الكيس ويخرج الجنين بعد ذلك . وأما إذا غرق الكيس وكان الجنين حياً فيسرع في فعل الشق البطني وإخراجه والاموت ويحصل التهاب بريتوني عفن لدى الأم كأنه ينبغي الإسراع في العمل إذا كان الكيس ممتزقاً والجنين ميتاً فإذا حصل الالتهاب البريتوني قبل العمل لا يلزم الشق إلا بعد وقوف الالتهاب إذ بالشق يزداد فطال ما ينجم عنه نضح يلصق البريتون بالمحصل ويحده ويكون له كيساً ثم يؤول المتحصل إلى خراج ويفتحه فتخرج أجزاؤه قطعاً متفحكة . أما إخراج الجنين من البطن أو الرحم بقطع الارتفاق العالي فلا تستكمل عليه لصعوبة عمله وعدم نجاحه

( في الولادة المجهلة الثانية ) - الولادة المجهلة الثانية هي خروج جنين غير تام المدة قابل للعيشة خارج الرحم . والطواهر الجنائية لهذه الولادة هي طواهر الولادة العادية لكن انفذاف الجنين هنا يكون أسهل وأسرع إذا كان الحبي طبيعياً والولادة المجهلة تنجم عن وجود مرض ولذا قد تكون خطيرة على الأم . ومتى حصلت هذه الولادة للمرأة ولومرأة واحدة صارت مستعدة لأن تلد بهذه الكيفية دائماً ما يزل المرض الناجمة عنه هذه الولادة المجهلة . والاسعافات التي تلزم للمرأة في هذه الولادة هي التي تلزم في الولادة التامة المدة . أما الاسعافات التي تلزم للطفل لضعف بنيته فستستكمل عليها في بابها

( في الولادة المجهلة الصناعية ) - تفعل الولادة المجهلة الصناعية بطريقتين . الأولى غايتها إخراج الجنين حياً بالتحويل قبل أن تستعد أعضاء التناسل لقذفه وخروجه ولذا سميت ( بهذه الطريقة السريعة ) أو الولادة القهرية . الطريقة الثانية غايتها تحريض الانقباضات الرحمية الطبيعية لقذف الجنين وتسمى الطريقة البطيئة أو الولادة المحرصة

( في الولادة القهرية ) - بلتج بالفعل الولادة القهرية لا يقاوم الترفيف الرحمي الخطر الذي يحصل

يحصل في الأشهر الأخيرة من الحمل أو لزوال الأكلبسيا أو لا يقاف بعض عوارض خطيرة مهمة للام وجنينها . ومع ذلك فهذه الولادة نادرة العمل وفيها تنشق فتحة عنق الرحم لتوسيعها وادخال اليد لعمل التحويل ثم تجذب الجنين واخرجه ومعلوم أن التشنجات تسكن بالتخدير وتزداد بالمشق ولذا لاتفعل الا لضرورة مع التعقيم الجيد

( في الولادة المحرمة ) - تفضل الولادة المحرمة على الولادة القهربية لانه لا يموت فيها الا امرأته من خمس عشرة وينجو خمسة عشر جنينا من ثلاثين وهي تفعل لا يقاف تزيف خطر أوقي متعاص أو ضيق في الحوض أو لتجنب اختناق الأم في أحوال استسقا آتها البطنية ولتناقص الاعراض الناجمة عن أمراض عضوية للقلب أو للأورطة أو لزوال نوبة الأكلبسيا ثم ان زمن اجراء العملية يختلف باختلاف السبب الموجب لفعلها أما الوسائط التي بها تنحصر الولادة فهي أولابط كيس الجنين . ثانيا التمدد الميخانيكي لعنق الرحم بواسطة الاسفنج المحضّر أو جذور الاميناريا المعقمة . ثالثا السد المهبل . رابعا الطلاق نافورة من ماء حار على فتحة عنق الرحم . خامسا فصل الجزء السفلي لكيس الجنين من الجزء السفلي لجدار الرحم

( في بط الكيس ) - يلزم المواد قبل الشروع في العمل فعل التعقيم كما هي القاعدة ثم يبط الكيس حال وقوف المرأة أو استلقاها على ظهرها وذلك اما أن يكون في جزء الكيس الموجود على فتحة عنق الرحم أو في الجزء العلوى منه فاذا كان في فتحة عنق الرحم فعلى ذلك البط إما بواسطة الجنس الرحى العادى أو بريشة أو زة مبرية على هيئة فلم أو بواسطة آلة باذلة مخفية قليلا فاذا كان العمل بواسطة الجنس الرحى أو الريشة يبط الكيس بخاف في فتحة عنق الرحم واذا كان بواسطة الآلة البازلة (وهي الافضل) يخرج سهمها ثم تدخل أنبوبة الآلة في المهبل ثم في عنق الرحم الى أن تتجاوز فتحة وتلامس كيس الجنين وحينئذ يدخل السهم في الأنبوبة الى أن يلامس الكيس فيبطه بخاف ويعرف الوصول الى باطن الكيس بزوال المقاومة ثم بعد ذلك يخرج السهم فيسيل الماء الامنيوسى فتخرج منه مقدار ملعقتين أخرجت الأنبوبة لان ابقاء جزء من السائل داخل الرحم ضرورى لتمدد فتحة عنقه أو يبط في الجزء العلوى لكيس لابقاء كمية عظيمة من السائل الامنيوسى داخله ولكن قد يقع البط على المشيمة فينجم عنه تزيف غريروا البط يكون بواسطة الآلة



شكل (١٨١)

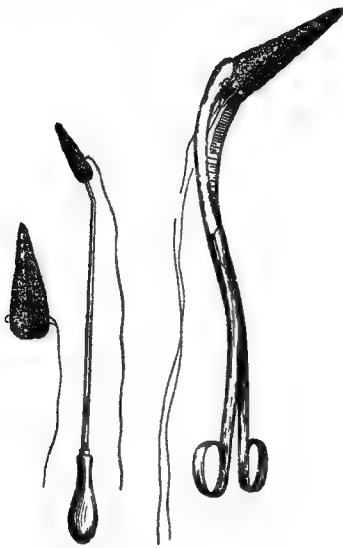


شكل (١٨٢)

البازلة شكل (١٨١) التي طول أنبوبها من (٣٥) الى (٣٦) سنتيمترًا وممكها من (٣) الى (٥) ملليمترات منحنية على هيئة قوس ويوجد في الطرف السفلي أي البدلهذه الأنبوية من جهة التحدب حلقة بها يعرف اتجاه الأنبوية وبها تثبت أيضا وقت العمل . ولهذه الأنبوية سهمان . أحدهما ذو طرف مستدير غير قاطع . والاخر ذو طرف حاد قاطع فالسهم الاول يوضع في الآلة قبل ادخالها في الرحم لعدم جرح أعضاء التناسل وقت ادخالها . والسهم الثاني لا يوضع في الآلة الا بعد ادخالها في الرحم واخراج السهم الاول فتصير الآلة كما في شكل (١٨٢) وكيفية ادخال أنبوية هذه الآلة هي أن تلتقي المرأة على ظهرها ثم يفعل التعقيم كما تقدم ثم تدخل الآلة المعقمة مع سهمها المتلم مقادة بسبابه اليد اليسرى أو بعد وضع منظار في المهبل ثم يخرج المنظار وتوجه الآلة تابعة للجدار الخلفي للرحم الى أن تصبح حلقة طرف الأنبوية ملائمة للفرج فتوجه حينئذ هذه الحلقة جهة العجان ثم يخرج السهم الموجود داخلها ويستبدل بالسهم ذي الطرف الحاد وحينئذ يبط كيس الجنين في جوفه العلوي ثم يخرج هذا السهم فيسيل ماء الامنيوس فيخرج جوفه منه أخرجه الأنبوية ولكن لا يفضل ببط الكيس في جوفه السفلي كما تقدم لانه لا تصاب المشيمة بذلك

(في التمدد الميخانيكي لعنق الرحم) - يلزم لفعل هذا التمدد أن تلتقي المرأة على ظهرها وان تعقم أعضاؤها كما سبق ثم يؤخذ مخروط من الاسفنج المضغوط (٤) سنتيمترات ونصف وحجم قاعدته سنتيمتر ونصف أو قلم من اللامينار أو جميعها معقم ثم يسلك ذلك بواسطة جفت طويل ونحن معقم ذي حلقات كما هو واضح في شكل (١٨٣) ثم يدخل المواد بسبابه اليد اليسرى في المهبل الى أن يصل لفحة عنق الرحم . في وصل لها يدخل المخروط أو شكل (١٨٢)

القلم مسحوا كل منهما بالجبفت تابعا  
لراحة السبابة الى أن يصل لفقعة  
عنى الرحم ليُدخله فيه . وحينئذ  
يدفعه داخلها بقوة متوسطة ثم  
يحفظ المخروط أو القلم في هذا  
الوضع بطرف السبابة الموجو في  
المهبل ثم يخرج الجبفت ويدخل  
به في المهبل قطعا من قماش أو  
قطن معقم الى أن يمتلىء المهبل  
وذلك لحفظ المخروط أو القلم داخل  
عنى الرحم ثم يوضع على العرج  
رباط ثانى وتؤمر المرأة بحفظ الوضع  
الظهري الافقى وقد يستبدل  
الجبفت بساق معدني ذي طرف  
حاذي دخل في قاعدة المخروط كما في  
شكل (١٨٤) ويوجد اثنا في قاعدة  
المخروط أو في طرف الامتاريا  
خطمه معدلا خراجه عند الاحتياج



شكل (١٨٣) شكل (١٨٤)  
وإذا وضع المتظار قبل وضع المخروط في عنى الرحم كان أتم وهكذا يفعل كل يوم حتى يتبدى  
الطلق

(في السد المهبل) - يلزم قبل فعله استفراغ المثانة والمستقيم وفعل التعقيم ثم تلقى المرأة  
على ظهرها ويدخل متظار في المهبل ثم يملأ بكرات من قطن معقم ومدهونة بمرهم يوريكي  
ومربوطة من وسطها بحيث يخرج المتظار بعد ذلك ويوضع رباط ثانى وقد تستبدل



شكل (١٨٥)

(٣٠)

الكبرات بكيس من  
الكاوتشو يدخل في  
المهبل فارغا ثم يملأ  
بسائل فاتر بواسطة  
حقنة وبسدربط  
طرفه أو غلقه بمنجنية  
كما في شكل (١٨٥)

ويمكن ادخال جزء آخر من الماء في الكيس بعد كل أربع ساعات لازدئاد ضغطه كمال ازداد حجمه وهكذا الى أن يتدنى الطلق ويحينئذ يستفرغ السائل ويخرج الكيس  
(في عمل نافورة الماء الخارج) - يلزم أولاً فعل التعقيم ثم يؤخذ جهاز الزوقات وهو اناء أو كيس أو كوز أو قمع موشح على طول ينتهي بحنفية تركيب عليها أنبوبة رجعية من زجاج قطرها أربعة سنتيمترات ذات فتحة واحدة نهائية ثم يملأ الجهاز بماء حار من (٣٨) الى (٤٥) درجة مئوية ثم تلي المرأة على ظهرها على طرف سريرها وتوضع تحت مقعدتها سمع متصل باناء معدن ليقول السائل الخارج من المهبل أو يوصل به جهاز آخر معدن لتوصيل السائل الخارج الى الاناء كما تقدم ثم يجعل جهاز الزرق أعلى من مستوى المرأة عترياً ثم يجلس المولدين ركبتيها ويدخل الأنبوبة الرجعية في المهبل الى أن تقرب من فتحة عنق الرحم ثم تقمع الحنفية فيؤثر السائل بقوة المخدار على تلك الفتحة ويستمر على العمل من

(١٠) الى (١٥) دقيقة ويكرر ذلك في

اليوم من ثلاث مرات الى أربعة واذا وضع

المنظار في المهبل قبل الحقن كان اتم

(في فصل الجزء السفلي لكيس الجنين)

يلزم لفصله اضطلاع المرأة على ظهرها وعلى

التعقيم ثم يدخل مجس من الصمغ المرين بين

كيس الجنين وجدار الرحم الى عمق يختلف

من (١٨) الى (١٩) سنتيمتراً ثم يخرج

فان لم يعقب ذلك حصول الطلق كرر هذا

العمل مرة ثانية وثالثة حتى يحصل . وقد

يتولد المجس داخل الرحم الى حصوله وقد

يحقق داخل الرحم بكمية من ماء القطران

أو سائل معقم آخر حتى بواسطة المجس

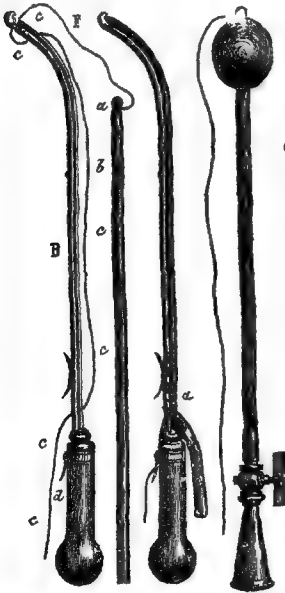
وبعضهم يجريه بواسطة أنبوبة تنتهي

بجزء كروي من كاوتشو مكبر كافي

شكل (١٨٦) \* (وتوضع هذه الأنبوبة

في مهبز اساق معدن في شكل (١٨٧)

معدن لسهولة مرورها داخل الرحم والجزء



شكل ١٨٦ شكل ١٨٧ شكل ١٨٨

الكروي

الكروى يتدد بالفتح فيه أو بالحقن داخله بسائل حتى يصير على هيئة كرة كما في شكل (١٨٦) المتقدم والانبوبة الكاوتشوية مع كرتها هي المحصورة بين (آ) و (ب) من شكل (١٨٨) ومربوطة من نهايتها بخيط نافذ في الثقب الاول للساق المعدني المشار له بالحرف (ب) الكبير من شكل ١٨٨ ثم في الثقب الثاني ثم في الميزاب ثم في الثقب الثالث من هذا الساق وبذلك يتبع الطريق المشار له بالحرف (ن) فتجذب طرف الخيط دخلت الانبوبة في ميزاب الساق المعدني حتى تختفي فيه وتبقى مخفوفة بهذا الوضع مادام الخيط مشدودا ثم يلف طرف الخيط حول المشبك الموجود نحو يد الساق المعدني المشار له بحرف (آ) شكل (١٨٧) المتقدم فينشئ تكون الآلة كجسم عادي \* وكيفية العمل أن تدخن تلك الانبوبة بالمرهم البوريكي وتدخل في المهبل ثم في الرحم وبعد ذلك يحقن في طرفها الخارجي كمية من الماء فتتدد الكرة وتصير كما في شكل (١٨٦) المتقدم



ثم يسد بغلق خفيته لمنع رجوع السائل الى الخارج ثم يفلأ الخيط من المشبك ويجذب الساق المعدني بدون جذب الخيط فيخرج وتبقى الكرة داخل الرحم بسبب عدم هابا السائل . وتوجد آلة أخرى أبسط من تلك الآلة وهي تتكون من أنبوبة من الكاوتشود ذات طرف انتهائي رقيق مشار له بحرفي (آ) و (ن) شكل (١٨٩) ومن سهم مخن مشار له بحرف (ب) من شكل (١٨٩) أيضا فتدخل هذه الانبوبة بسهمها في الرحم وبعد وصولها داخله يخرج السهم ثم يركب على طرفها الخارجي حقنة يحقن بواسطتها من ملعقة الى ملعقتين من ماء فار ثم يربط الطرف الخارجي للانبوبة قبل رفع الحقنة . وعلى العموم فهذه الطرق هي التي تستعمل في أغلب الاحوال لتعريض الولادة من الشهر السابع الى التاسع بدون خطر في الغالب بالنسبة للماعداها . وأما رجب بعضها على بعض فيتم بحالة المرأة . ومهما كانت الطريقة المستعملة فتى صار الطلق قويا منتظما تترك الولادة ونفسها مالم يوجد عرض يلحق لفعل التحويل أو استعمال الجفت

ولا أجل معرفة زمن الحمل الذي فيه ينبغي فعل الولادة المجهلة يلزم أولا شكل (١٨٩)

معرفة أقطار الحوض قبل وصول الحمل الى الشهر السابع ومقابلتها باقطار رأس الجنين في أشهره المختلفة . فالقطر الممتد من حدة جدارية الى الاخرى للجنين عمره سبعة أشهر يكون من ستة سنتيمترات ونصف الى سبعة سنتيمترات . ولين عمره سبعة أشهر ونصف يكون سبعة سنتيمترات ونصف . ولين عمره ثمانية أشهر يكون ثمانية سنتيمترات . ولين عمره ثمانية أشهر ونصف يكون ثمانية سنتيمترات ونصف . ولين عمره تسعة أشهر يكون من تسعة سنتيمترات الى تسعة ونصف وقد توجد استثناءات فيها تكون الرأس أكبر أقطارا مما ذكر

(في تحريض الاجهاض) - توجد أحوال فيها يكون الحوض ضيقا جدا بحيث لا يمكن الانتظار الى الشهر السابع كي تفعل الولادة المجدلة لانه حينئذ لا يمكن خروج الجنين من المسالك الطبيعية بالاجراء عمليات أخرى قد تكون خطيرة على الام . فتلاذا كان قطر الحوض أقل من ستة سنتيمترات ووجد به ورم غليظ ثابت لا يمكن استئصاله أو استشفاء أمنيوسى عظيم أو وجد الرحم مائلا الى الخلف وغيره يمكن تعديله أو طرا على المرأة تزيف أو في متعاصيان لزم تحريض الاجهاض . ويختلف زمن فعله باختلاف هذه الاحوال . ولتحريض طرق أربعة ويزم قبل الشروع في العمل فعل التعقيم في كل منها . الاولى أن يحضر المولد بحسب من الصغ المرن مع سهمه فيدخله في المهبل ثم في الرحم فيفصل به كيس الجنين فلهذا حلقيا في نصفه السفلى مع الاحتراس من التمزق ما أمكن . وقد يمكن استبدال المحس بالاصبع لفصل الكيس . الثانية ادخال محس في الرحم أو آلة بازلة لتغيب الكيس واخراج جزء من السائل الامنيوسى وبذلك يحصل الاجهاض . الثالثة أن يدخل في فتحة عنق الرحم قمع من الاسفنج المدبر أو قلم من اللاميناريا فتتمدد الفتحة فينبض الرحم ويقذف ما في تجويفه وهذه الطرق الثلاث جيدة لسهولة وثباتها وقلة خطرها . الرابعة أن يحضر جهاز الزروقات ويملأ بماء حار درجته من (٣٨) الى (٤٥) ثم توجه النافورة الحارة على فتحة عنق الرحم كما سبق في الولادة المحرصة . ولكن هذه الطريقة غير مضمونة النجاح

(في الجويدار) - الجويدار لا ينجم عنه حصول الانقباضات الرحمية الا أنه يقويها اذا وجدت ويحرضها اذا وقفت وهذه الخاصية لا تكون فيه الا اذا سحق عند الشروع في تعاطيه والافقدها اذ امضى عليه زمن طويل بعد سحقه . ومقدار تعاطيه يكون من جرام ونصف الى جرامين . فيعطى للمرأة نصف جرام في كل خمس عشرة دقيقة ولا يظهر فعله الا بعد هذه

هذه المدة . أما زمن تعاطيه فيكون على العموم بعد خروج الخلاص اذا وجد تزييف ووقفت الانقباضات الرجسية وتعاطيه مدة خروج الجنين مضر جدا بل يميت الجنين اذا استمر الانقباض نحو ثلاث ساعات ولم يخرج . ولذا يلزم الاسراع في اخراجه بالجفت ان لم يخرج بعد تعاطي الكمية المذكورة . وبالجملة فيلزم تجنب تعاطي الجويدار في الاحوال الآتية . أولا اذا كان الحوض ضيقا ورأس الجنين عظيمة الحجم . ثانيا اذا كان نوع المجي مغير معروف أو كان معيبا كالمجي بالوجه أو بالكشف أو بغيرهما . ثالثا اذا وجد عائق في فتحة الرحم أو في المهبل أو في الفرج أو في العجان لمرور الجنين . رابعا اذا كانت فتحة عنق الرحم غير تامة التمدد . خامسا اذا كانت الفتحة تامة التمدد إلا أن جيب المياه لم يتغير

( في استعمال الكلوروفورم أثناء التوليد ) - قد دلت التجارب الفسيولوجية على ان الرحم كعضلة القلبية والتنفسية يفقد احساسه بالغازات المخدرة بحيث لا يفقد خاصية الانقباض الا اذا تجاوزا التحذير الحد المعالوم . واذا استعمل في التوليد عند العصابات اللاقي يتألم من الطلق ويخشى آلامه ولدى المصابات بنوبة الاكلبسيا واللاقي تعمل لهن احدى عمليات التوليد الصعبة بدون تخدير المرأة الى أن تفقد الادراك ويكون ذلك بتقريب الرقادة المبالة بالكلوروفورم نحو أنفها مدة آلام الطلق الحقيقية وتبعد عن الانف زمن الفترات وفي كل مرة لا يصب على الرقادة الا بعض قطرات منه ويلزم تبعيد الرقائد عن الانف أيضا كلما ابتدأ الاحساس الجلدي في الضعف وبهذا العمل يمكن استمرار التخدير جملة ساعات بدون خطر ويلزم قبل استئصالها أن تكون معدتها خالية من الماء كولات ومئاتها خالية من البول وتنظف المستقيم بحقنة منظفة ويفعل التعقيم وهي ملقاة على ظهرها ويوسع كل ملبوس يكون ضاغطا على عنقها أو بطنها أو صدرها . ويلزم تجنب استعمال الكلوروفورم عند المصابة بأمراض قلبية أو رئوية أو كلوية أو بالانيميا المتقدمة وكذلك يلزم تجنبه عند المستعدة للاحتقان الحثي سيما المصابات بليسه والمستعدات لحصول الانغماء ولولم يكن بين أحد الأمراض المتقدمة وهذا ضروري لانه اذا استعمل التخدير بالكلوروفورم لامرأة مصابة بشئ مما تقدم حصل لها الانغماء ثم الموت . وقد تموت المرأة باستنشاقه مع عدم وجود شئ مما تقدم فيكون الموت ناجما إما عن عدم وجود الاوكسيجين في هواء الشهيق أو عن السنكوب (وقوف القلب) فاذا طرأ هذا العارض يلزم في الحال تبعيد الكلوروفورم عنها وفتح المنافذ والترويح على وجهها بقوة



وإشمامها روح النوشادر وجذب اللسان وارحاًؤه على التوالي بجملة مرات أو الضغط على الصدر وانقطاعه بالتوالي أو وضع الاصبع في الفم الى الحلق أو النفخ في الخنجره بالفم أو بالآلة النافخة . ويمكن اضعاف احساس الفرج زمن خروج الرأس عنه بمحاول مكون من أربعة من الكوكابين ومائة جرام من الماء وذلك بواسطة فرشاة ناعمة أو يحقن من هذا المحلول بخوصف جرام في باطن كل من الشفرين العظيمين أو برزذ كلورور الميتيل

( في كحت الرحم النفاسي ) - اذا استمر التزيف بعد الخلاص وتعاصى على العلاج فعل السكت الرجي كما تقدم . ويكون بكاحت مثل وقبل الشروع في العمل يلزم تحضير الكاحت ومنظار ذي فلقه للعلم ( سمس ) أو منظار عادي وتحضير جفت طويل التثبيت الرحم وجهاز الزوقات مع مجس رجي مدرج وكذلك أنبوبة رجيحة من كاتشو والأحسن أن تكون من زجاج قتم انتهى بفتحة واحدة كما تقدم وكذا يلزم تحضير قساطير مثانية وماء مغلي بكية كافية وشاش بودوفوري ومحلول سليمانى التعقيم ومحلول آخر مكر من الايتيراليودوفوري وكذلك محلول حمض الفنيك . ثم يعلق جهاز الزوقات في مرتفع ثم يمر بالكاحت على لهب لمبة ثم يغمس في محلول الايتيراليودوفوري ثم يوضع هو والمنظار والمجس المدرج وجفت التثبيت في اناء محتم على محلول الفنيك وهذه الادوات يلزم أن تكون على يمين المولد ثم تسلمقى المرأة على سريرها بالعرض وتستقر غماتها بالقساطير ثم تعقم اعضاء تناسلها وكذا أيدي المولد ثم يأخذ المنظار فيفتح الفرج ويدفعه في المهبل ثم يسلمه الى مساعد يسندده ويضغط به على الجدار الخلقى للفرج والمهبل فيتمدد وحينئذ يأخذ جفت التثبيت ويضبط به الشفة الخلفية لعنق الرحم بدون جذب ثم يسندده بيده اليسرى ثم يأخذ المجس المدرج فيدخله في الرحم ليقبس تجويفه حتى يعرف مقدارا اتساعه ثم يخرج به ويأخذ الكاحت بيده اليمنى ثم يدخله في الرحم فيكث جدره في جميع أجزائها بحافة ملعته باتجاه يوازي اتجاه جدر الرحم من أعلى الى أسفل بدون أن يחדش نسجه وكلما كحت المواد جزأ من الجدار أخرج الكاحت وغمس ملعته في السائل السليمانى مع هزها فيه ليخلصها من مواد الكحت المائلة لها ثم يدها للتنظيف تدخل فانبا وتكثت الاجزاء الاخرى وهكذا الى أن يكثت جميع الجدر الرجيحة . ولا يوقف فعل الكحت الا اذا خرجت الملعة نظيفة . ويمكن توجيه نافورة ماء معقد داخل الرحم عقب كل دفعة تخرج فيها الملعة لتنظيفها كما أنه يلزم بعد انتهاء الكحت غسل باطن الرحم بالماء المغلى لاخراج المادة الدموية وغيرها ثم يعقب

ذلك بالغسل بعماء على حارجة او مضاف اليه قليل من السليمانى . ثم يسد فتحة المهبل بالشاش اليرود وفورجى

### ( المقالة الخامسة )

وفي وقاية المرأة من الامراض العفنة النفاسية زمن الحمل والنفاس **يجب** قد ثبت بالتجربة وأكده بالمشاهدة أن كلام من الحمل والنفاس بهيئ المرأة لتأثر بفعل المكروبات المرضية التي تصل بأحد الحوامل الاربعة وهى الهواء والماء والامتنعة وامراض اعضاء تناسل المرأة . ولهذا يجب التحفظ عليها من مضارها زمن الحمل والنفاس باختيار المسكن الجيد الهواء والامتنعة النقية والمياه المعقمة إما بالترشيح أو بالغلي فى أحد الاجهزة المعدة لذلك وان لم يتيسر فى اناء مدهون بالمسحوق على لهب المصباح الكؤلى العادى . ويمكن تأخير غليان الماء لدرجة (١٣٠) باضافة جانب من بي كربونات الصودا أو البوتاسا أو ملح الطعام بنسبة (٢٠) فى الألف فيتصل بذلك على ماء عقيم معقم بغيره . ولتعقيم الادوات المعدنية توضع فى الجلسرين ثم يغلى وهذا ضمن لحفظها من التأكسد وأكد لتعقيمها التأخير غليانها لدرجة (١٨٠) أو توضع الآلات على الجزء العلوى من لهب المصباح بعض دقائق . وبالتخاذ هذه الاحتياطات يؤمن على الحامل والنفاس من العدوى . وقد يلجأ لتعقيم الآلات بالمعقمات وهى إما طبيعية كالحرارة الجافة وذلك بوضع الادوات المراد استخدامها فى أفران التعقيم الخاصة ثم ترفع حرارتها للدرجة المطلوبة فتخرج منها عقيمة وإما كيميائية بمختلفة القوة والتأثير حسب الظروف والمناسبات وانحواص وجميعها مستحضرات أفران بazine يأمرباستحضارها المتولى للتوليد بمقتضى تذكرة يجب التناشير فى نهايتها بلزوم الكتابة على الزجاجه انه سم يستعمل من الطاهر . وفى حال عدم توفر المستحضرات تستعاض بجزء من الكؤول أو الكونيك أو العرق أو الخل أو عصارة الليمون وحدها أو مع الماء المغلى فيعقم بها اذا كانت كثيرة التركيز

والمعقمات المستعملة هى أولا حمض البوريك ويستعمل اما محلول فى الماء المقطر المغلى بنسبة (٣) فى (١٠٠) أو مرهما مع الفازلين وغيره بنسبة (١) الى (٢) فى العشرة . ثانيا حمض الفينيل ولكن لقوته وخطر تأثيره الكاوى يستعمل اما محلول كالسابق مع الماء بنسبة (٢) فى (١٠٠) أو مخلوط مع الجلسرين أو الكؤول بنسبة (١) على (٢) ليسهل حمله ثم يحل مع الماء المغلى وقت العمل بنسبة (٢) فى (١٠٠) ولاخفاها تحتها الخاصة يضاف له

عطر الخزامى بنسبة (١) في (١٠٠٠) وبثور على زجاجة المحلول بلزوم زجاجها ثلاثا يطقو السائل الأحمى على السطح فيكون أكثر تأثيرا . وإما مرهما بنسبة (١) إلى (٣٠) من الفازلين ويلاحظ أثناء استعمال مركبته من حدوث ظواهر كى أو التهاب موضعى أو تسهم عوى يستدل عليه من تلون البول باللون المخضر أو المسود فينشد يتعم منع استعماله . ويستعمل منه محلول مركز لتعقيم الآلات بنسبة (٥) في (١٠٠) ولعدم الالتباس يكتب على الزجاجة اسم محلول فينيكى مركز ويلتقن بالعل . ثالثا املاح الزئبق وأخصها السليمانى لقوة فعله القاتل للبكتيريا . ويركب حسب الآتى

سليمانى جرام واحد

حمض طرطريك أربعة جرام

محلول كحولى للنبيلة نقطة واحدة

ماء مقطر ألف جرام

وهذا المحلول يخفف بضعفه أو ضعفيه من الماء النقي لتوفى فعله التهييجى أو الكاوى ولاجل السهولة تخضر منه أوراق تحل أثناء العمل بالنسب المتقدمة فتركب كل ورقة كالاتى

سليمانى ٠,٢٥ سنتجراما

حمض طرطريك ١ جرام

نبيلة أولعل نقطة

ويكتب على كل ورقة اسم سم ويحفظ في علب خشب أو مقوى . ولوجود حمض الطرطريك أهمية في منع السليمانى من الاتحاد بسوائل الانسجة الزلالية وتكوين راسب عديم الفعل . وفعل مركبات السليمانى يقوى كلما كان المحلول سخنا وفضل في تعقيم الآلات عنه حمض الفينيل لعدم تأثيره على المعادن والاولا فى المعدنية والآلات . ويلى السليمانى فى الاستعمال ثانيا يودور الزئبق بالنسب الآتية

يودور الزئبق ٠,٢٥ سنتجراما

يودور بوتاسيوم ١ جرام

ماء مقطر ١٠٠٠ جرام

وعلى العموم يجترس أثناء استعمال المركبات الزئبقية من ظواهر الالتهاب الموضعية والتسهم به الذى يستدل عليه بانتفاخ غشاء الفم واللسان واللثة وادوار العباب أو من ادوار المريضة

طعم فيها معدنيا كزهرها فلذا حصل ذلك تعطل المرأة الماء المقطر محالولا فيه زلال البيض بنسبة (٤) بيضات لكل لتر من الماء وذلك لوقوف تأثيره . رابعا اليودوفورم ويستعمل وحده أو مرمها بنسبة (١) الى (٢) في العشرة أو مع الشاش سدا . خامسا فوق مخبئات البوتاسا ويستعمل محالولا بنسبة (٢٥) ستنجر اما في الالف وهو جيد التأثير لولا انه يقع الملابس . سادسا فنتولات الصودا محالولا في الماء بنسبة (٤) في (١٠٠٠) أو مركزا بنسبة (٥) في (١٠٠) ثم يضاعف عند اللزوم بالماء بنسبة (٤) في (١٠٠٠) كما تقدم وخلاف هذه المعقمات الموضعية يستعمل عند الحامل والنفساء بعض معقمات باطنية وأهمها برشام نزاوات الفتول أو السالول بمقدار من (٣) الى (٤) جرعات في اليوم (في التعقيم) - التعقيم هو التطهير باستخدام بعض المعقمات في المواد المراد تعقيمها

وحفظها من التلوث وراية في الولادة تعقيم المكان ومتولى التوليد والوالدة (١) المكان - يجب كما سبق انتخاب محل الولادة وجعله نظيا من العقوبات وذلك بغسله بالماء المغلي البسيط أو المشيع المحتوى على جزء من السليمانى أو حوض الفينيك ويلزم منع الدخول فيه لكل محترف بالحرف التى تصلح لحياة الميكروبات وتولدها كالجزار وخدمة المسالخ والمستشفيات وكأصصى المراحيض وجامعى الخرق البالية وغير ذلك مع مراعاة تجديدها هو المكان جيد

(٢) المتولى التوليد - يلزم تعقيم جسمه وتذره بملابس معقمة بالغلى ومن أعلاها قميص أبيض معقم بصفة فوطية ويجب عدم مباشرته التوليد بملابس أو أدوات كان بها عند أخرى الا بعد تعقيمها ويجب قبل الشروع فى العمل تسمير الذراعين جيدا وغسلهما بجلدة مرات بالصابون الفينيكى والماء المغلى بواسطة الفرشة وتعقيم الاظافر بهما أيضا ثم بالنظف الخاص ثم بالماء الفينيكى أو السليمانى ولا يستعمل الصابون العادى لاحتوائه تركيبة على ميكروبات نتيجة اصطناعه من زيوت لم تغل وقت التجهيز ويلزم تجديده غسل اليدين عقب كل ملامسة لأعضاء الولادة ولا تجس أعضاء التناسل الباطنة الا بعد تعقيم الأعضاء التناسلية الظاهرة ولا يدي جيدا لئلا يكون ذلك سببا لتوسيل العدوى من الظاهر الى الباطن ويتعم ذلك متى وجد سيلان أو جرح أو بعض جروح مهما كان مجلسها وبعد نهاية العمل يعقم يديه جيدا ومتعلقاته ثم يعن نظره فى ملبسه لئلا يكون وصلها شئ من الولادة وسها عنه فقد انفق ان مولده أصيبت بداحس فى

أصبغها وأثناء فتحه سقط على كعها نقطة من مخضله لم ترها وبعد الشفاء باشرت توليد سيدة  
وهي لابسة تلك الملابس فحصل لها تعفن ولادى قضى عليها ولذا يجب عدم مباشرة ولادة  
ثانية إلا بعد التجرد من الملابس التي كانت على المولدة عند مباشرة الولادة الأولى كما تقدم  
وتعقيم جسمه يكون باستحمامه في حمام مكون من (٢٠) جراما من السليمانى وعشرين جراما  
من كلورايدرات النوشادرو من (٢٠٠) جراما من الماسنخلط ببعضها ثم تصب في حوض من  
الخشب مملوء بالماء المغلى ثم يغسل جميع جسمه أو يكتفى عن ذلك بمسحه بمحلول السليمانى  
بنسبة (١) على (٢٠٠) ثم بالماء المغلى مع الصابون الغنيكي وبعد ذلك يتدثر بملابس  
أخرى معقمة كما تقدم بدون لمس شيء من الأولى هذا مع وجوب تغطية بعض أيام بين التوليد  
الأول والثاني

(٣) الولادة - تعقيم بعد أعضاء تناسلها الطاهرة والباطنة بالمعقمات ثم وضع سدادات  
في فتحة المهبل من القطن العقيم المغلف بشاش مثله ليكون كرشح للهواء يمنع وصول جراثيمه  
المرضية داخل الرحم ويكرر ذلك بعد كل نبول ويتعمم منع استعمال الاسفنج فيما ذكر  
وبلزم أن تكون السدادات المذكورة مجهزة بتكوير القطن في حجم البيضة ومغلقة بشاش  
دوائى ومحفوظة في قفاز معقم ووقت الاستعمال تغلى مع سائل عقيم مدة ساعة ثم تخرج  
منه وتعمس في محلول السليمانى بنسبة واحد في (١٠٠) وقد اتخذ السدادات من شاش  
يكور بدون قطن ويعقم بالطريقة السابقة ويحفظ في قفاز ميزان من الباور كما تقدم ويعطى  
للولد بواسطة جفت معقم لا باليد مباشرة. وأحسن جهاز لغسل أعضاء تناسل المرأة هو  
الجهاز شكل (٨٢) أو (٨٣) أو (٨٤) المتقدم فكل منها متى وضع في محل مرتفع  
محتوى على السائل المعقم يعطى تيارا كافيا لعبور الأعضاء المذكورة وغسلها جيدا  
فشكل ٨٢ عبارة عن كوز من زنك غطى بالمينا والاحسن أن يكون من زجاج ينتهى  
قاعه بنتو حلى فنوى مثبت عليه لى في نهايته حنفية يركب على فيها أنبوبة ذات ثقب من  
خزف أو صمغ أو عظم أو معدن والأفضل أن تكون من زجاج سميك الجدران تنتهى بثقب  
أو عدة ثقب شكل (٨٦) المتقدم ويفضل استعمال ذات الثقب للوالدة لقوة تيارها  
بخلاف ذات الثقب فتفضل عند الحامل لضعفه ومما ينبغى التنبيه له أن الأنبوبة الزجاجية  
وإن فضلت من حيث سهولة التعقيم إلا أنها ربما تنكسر داخل الرحم أثناء غسله بقوة  
عوده على نفسه ولهذا يفضل عنها في غسل الرحم الأنبوبة المأخوذة من الفضة. وبسبب

تحمّل الكوز المعدني للادساخ وزوال ميناء بالسوائل المعقمة ولسهولة كسر الزجاجي وعسر  
نة له استبدال الكوز بالجهاز المكون من الكاوتشو وذلك لسهولة جملة في شئطة الموالد  
وعند الضرورة يكفي وجود قع يسهل تعقبه بمروره على لهب المصباح ثم يعلأ بماء مغلي  
ويثبت بهلى من الكاوتشو وتستعاض حنفيه للضرورة أيضا باجهام وسبابة يد مساعد  
ويوفق على طرف الى مبسم معقم مصنوع من أى مادة كانت . وعلى العموم يلزم  
غسل أجزاء الجهاز قبل العمل وبعده بغليه فى الماء مدة نصف ساعة ثم حفظه أثناء فترات  
الاستعمال فى سوائل معقمة . ومن المعوطات الضرورية أثناء غسل الأعضاء التناسلية  
الباطنة استقبال سائل الغسل فى حوض يوضع تحت المرأة متصل بجهاز ماص من  
الكاوتشو وضوع طرفه السفلى فى اناء آخر موجود أسفل السرب كما فى شكل (٨٥) المتقدم  
وفى حالة استعمال سائل معقمة حر تفعه الحرارة يوفق على لى جهاز الزوقات أنبوبة  
مهبلية تمر فى جزء من الخرف ذى صيوان عريض شكل (٨٦) المتقدم بسد فوهة الفرج  
وبقى الشفرين من الحرارة

(فى كيفية غسل أعضاء تناسل المرأة) - لا يلزم توجيه نافورة سائل الجهاز الى عنق  
الرحم مدة الحمل بل توجهه الانبوبة المهبلية المضبوطة باليد نحو قعورا كياس المهبل أثناء  
ما تكون سبابة ووسطى اليد اليمنى تنظف التجويف المهبلى جيدا بدون أن تؤثر على الرحم  
وأما اذا أريد غسل باطن الرحم فيسهل ذلك بعد الولادة لبقائه مفتوحا زنا فىمكن دخول اليد  
اليسرى بمجموعة الاصابع فى المهبل حتى عنق الرحم موجهها راحتها الى الاعلى لتكون بذلك  
مسند ايتهدى به لتوصيل المحس الى عنق الرحم ومنه يدفع لباطنه فينفذ بسهولة الا انه يعاق  
اذا كان الرحم مائلا وحينئذ توجه المحس نحو اليمين أو اليسار فينفذ لباطنه ويسد مل على  
تجاوز عنق الرحم متى مرت منه أكثر من ثلاثة سنتيمترات أما اذا الممر الاثلاثة فيسدل ذلك على  
وجوده فى تجويف عنق الرحم فقط وأن طرفه معاق بالبرخ أى حلقة بارتل فيلزم دفعه بدون  
خوف لانه يدفعه يدخل فى الرحم ويعرف ذلك بأنه اذا حرك المحس يتحرك أو يدفع الاصبع  
فى عنق الرحم لمعرفة ان المحس فيه أو تجاوزه فى تحقق دخوله تفتح الحنفية فيمر السائل فى  
الرحم وفى أثناء ذلك يوجه المحس تارة الى اليمين وأخرى الى اليسار وتارة يخرج جزأ منه  
ثم يدخله وهكذا حتى يلامس السائل جميع أجزاء الرحم ويفسله واذا حصل نزيف وخيف  
بقامح لظدمه وية لزم ادخال اليد اليمنى معقمة فى الرحم فانها فتخرجها هى وجميع ما وجد

معها ثم تنظف اليد باطن الرحم وإذا أريد غسل باطن الرحم بعد مضي زمن الولادة لم يضع متظارذى فلقطين مدهونان الخارج بالقازلين البوريكي ليكون الرحم صار مغلوفا كما أنه يلزم أن يكون المساعد حافظا للرحم من الصعود بالضغط على قاعه أعلى الجدر البطنية للمرأة ثم يدخل المحس الرحي في المهبل ثم في الرحم وبعد ذلك يخرج المتظار إذا كان معدنيا وكان الحقن بما درجته حرارته (٤٥) لأن المتظار المعدني يوصل الحرارة للمرأة فتألم منه

(في قسرة المثانة) - تقسطر المرأة بأدخال محس في مثانتها من الفضة أو الصمغ المرن ويفعل ذلك بتباعد الشفرين الصغيرين لمن لم تخن والعظمين للحنونة فيوجد أعلى الحدية المهبلية المقدمة جزء محرم منبج هو الصماخ البولي فيسجد الضغط عليه بطرف المحس يدخل فيه وهذا هو فتحة قناة مجرى البول وهي توجد عند الحامل التي تكررت ولادتها في نفس المهبل لافي دهليزه فتكون على شكل قناة ولذا يلزم جذب غشاء فتحة المهبل الى أعلى والامام لرؤيتها وقبل ادخال المحس بالقوهه يلزم ان يكون معقا ومغورا في محلول السليمانى ثم تنظف ويعقم بهذه الكيفية أيضا بعد كل قسرة . وأثناء ادخاله في المثانة يكون الابهام موضوعا فوق فتحة لعدم خروج البول فجأة وتلويثه للاباس والفراس . ولكن المثانة أثناء الحمل المتقدم مجذوبة الى أعلى بالرحم وقناة مجرى البول متوترة بصير دخول القساطير صعبا أحيانا ولهذا يستعمل محس رفيع طويل مرن مكون من الصمغ المرن فاذا عاقت رأس الجنين دخول المحس لزم رفعها بواسطة أصبح يدخل في المهبل ليعدها عن طريق المحس وأحيانا لا يمكن قسرة المرأة وهي مكشوفة فاذا كان المولد واقفا على يسارها رفع على ساعديه اليسرى غطاءها مدهرورا اليد اليمنى بالمحس تحت الغطاء ثم يدخل سبابة ووسطى اليد اليسرى مجتمعتين في فتحة المهبل تابعا عوده المقدم وعلى هذين الاصبعين يدفع المحس موجهافته الى أعلى ثم يدفع أعلى الحدية المهبلية المقدمة لأن الصماخ البولي موجود أعلاها . وإن لم يكن فعل ذلك مع الغطاء كشفت المرأة بالرحم عنها وأدخل المحس حينئذ

(في التسمم العفن النفاسى) - قد يطرأ على الوالدة بالرغم عن فعل التعقيم تسمم عفن نفاسى يخشى على حياتها منه . وهو ينجم عن دخول مكروب هذا التسمم في بئتها من جرح باطن الرحم أو غرق عنقه أو تسليخات المهبل أو الفرج أو العجان . وبما يساعد

على ذلك تعدد الاوعية النفاوية والدموية بالجل . وقد يأتى مكروب من نفس الوالد متى وجد عند هامر ض قيمي كالتهاب المزمن المهبل أو الرحم أو الفرجى أو فى مجرى البول فيدخل فى دمها بواسطة أحد الجراح أو التسلحات السابقة الذكر . وقد يأتى من مرض متصل العروق فيتصل بأمة أثناء مروره من أعضائها التناسلية بواسطة جراحها . وفى الغالب يأتى المكروب من العدوى الخارجية إما بواسطة المواد أو غيره أو أمتعة ملوثة بمادة قيجية عفنة أو مادة قيجية لجروح أو قروح بسيطة أو التهاب لوزى أو حلقى أو آخر مما أو التهاب نزل أنى أو مادة خراج أو غير ذلك

(فى علامات التسمم النفسى) - علامات التسمم النفسى تظهر بعد بضع ساعات من الولادة أو بعد مضى يومين وهى عمومية وموضعية . فالعلامات العمومية هى ارتفاع حرارة الولادة وتزايد النبض وقشعريرة الجسم والام البطنى والتوسع والقيء والامساك وحصر البول وانتفاخ البطن . والموضعية هى اعراض الالتهاب العفن لرحم أو للبيض أو لهما أو للرحم ولايصين وأجزاء البريتون عموما ووربما نجم عن اصابة الرباط العريض تكون غلغمنى يعرف بالموثجن وارتفاع حرارة القسم الهادى له ويعرف المولد ذلك بالجلس المهبل بواسطة أصبعه . وقد ينتهى هذا الالتهاب بالتحلل ثم بالشفاة لكن فى الغالب يبقى جزء من النضج بدون تحلل فيتعضون ويلصق الاجزاء المجاورة ببعضها كما يلصقها به فتتوسع مجاورات هذه الاعضاء وحينئذ يصير ينبوعا لحصول التهابات ثانوية تهدد المراء من اطوارها . وهذا هو السبب فى أغلب عاهات الاعضاء التناسلية المزمنة . وقد لا يتصل الالتهاب المذكور بل يستحيل الى صديد ويعرف ذلك بحصول قشعريرة ثانية وتزايد حرارة الجسم وعود الام فى العضو المصاب ورجوع طواهر الالتهاب البريتونى كالتهوع والقيء الذى يخرج ولا مادة غذائية ثم صفراوية ثم مخضرة ثم شبيهة بالمادة البرازية فاذا ارتل القيح ونفسه انفتح اما فى المهبل أو فى المستقيم أو فى الاربية ومتى انفتح بأحدى الطارق المتقدمة فقد يخف وتشفى المرأة لكن الغالب أنه ينضج فينجم عنه طريق ضيق يسمى (ناصورا) وينشأ عن نضجه ضعف المرأة ونهوكها ثم موتها وقد ينفتح الخراج فى تجويف البريتون فينجم عنه التهاب بريتونى عموى مميت . وقد يكون التسمم عوميا أو موضعيا فالوضع ما تقدم ذكره والهوى بعينه تارة التهاب بريتونى عموى وقد يحصل بدوره وهو اما تابعى للتسمم الموضعى المتقدم واما أولى يظهر بعد الولادة ببضع ساعات أو بعد يومين وهذا هو العادة . وعلاماته هى ما تقدم من القشعريرة



والآلم الشديد في عوم البطن وانتفاخه والتورع والقىء والامساك وتزايد الحرارة والنبض الذي يتبدى صلباً ثم ضعيفاً خيطياً وأحياناً يحصل طلب التبريد ولا يخرج الامادة مخاطية وقد يحصل اسهال هيفى ويصير البول نادراً لالاياء وأحياناً يقف افرازه وأخيراً تنغير صفات الوجه فيصير الانف دقيقاً والعين غائرة في الجحاج ومحاطة بهالة غامقة واللسان جافاً والجلد فاقد احرار وتنسحب حتى انه اذا نثى لا تنفرد النثية الا ببطء والسائل النفاسى نثياً وأنساء ذلك لا تدرك المرأة شدة الآلم اذا كانت حافظة لادراكها فتظن ان صحتها تحسنت ولكن لا يمضى زمن طويل حتى يعتريها النعاس ثم الكوما ثم الموت في بضع ساعات في الاحوال المتوسطة ويتم حصوله في أواخر الاسبوع الاول من ابتداء المرض . وأما التسمم العموى غير المعجوب بالالتهاب البر يتوفى فلا يعصبه التهابات عفنة موضعية أولية لافى الرحم ولا فى المبيض ولا فى البريتون ويظهر فى اليوم الثالث من الولادة وقد يظهر بعد اليوم السادس . وعلاماته هى الشعور بارتفاع الحرارة وتزايد النبض ثم العرق الغزير الذى قد يعقبه تحسن الحالة العموية ولكن ارتفاع الحرارة يستمر ثم تحصل نوبة أخرى بتبدى أيضاً بشعورية وتزايد فى الحرارة الموجودة ثم عرق غزير أيضاً الا أن الحرارة تبقى مرتفعة فتخف المرأة ويحصل لها اسهال عفنى فتضطرب صحتها العموية ويحصل لها ظواهر مرضية هاجرية كفراجات المفاصل والجالد والكبد والكلى والمنع والالتهاب العفنى للرئة والقلب والصديدى للباورة . وعادة تحصل هذه التغيرات الموضعية الهاجرية فى التسمم العفنى البطىء السير الذى يقطع سيره فى شهرين أو ثلاثة وهذا ما يسمى بعض المولدين بالتسمم النفاسى المزمن . وقد يكون التسمم العموى صاعقاً فيميت المرأة بعد بضعة أيام من ظهوره . وعلاج هذا التسمم هو البحث عن طريق دخول الميكروب المولد لهل هو الفرج أو المهبل أو الرحم ليعالج بالمعقمات المتقدمة بكل دقة فاذا كان مجلس الاصابة الاولى من جرح الفرج أو المهبل كان علاجه سهلاً وذلك بغسله بسوائل التعقيم والغيار عليه بالمواد المعقمة واذا كان المجلس الرحم لزم غسل باطنه أولاً ثم المهبل فالفرج بالماء المغلى المعقم ثم بالسائل المعقم المكون من واحد من فوق منجبات البوتاسا الأربعة آلاف من الماء المغلى أو من واحد من حمض الفينيل فى ٢٠٠ من الماء ثم يوضع فى الفرج غيار معقم فاذا لم تخف الحرارة العمومية عقب ذلك يلزم فعل التسلسل المستمر داخل الرحم بالمحاليل المعقمة المتقدمة أو المكونة من المركبات الزبقية بواسطة مجس رحى من قصدير

قصد يرافضة يلزم تثبيته برباط فيدخل بواسطته في الرحم أولاً من (٢) الحد (٣) لترات من المركبات المتقدمة أو محلول نافي يورد الزئبق (١) على (٤٠٠) من الماء ثم يعقب ذلك سائل التسلسل المكون من (١) من حمض الفنيك و (١٠٠٠) من الماء المقطر المغلي وإذا تلوّن بول المرأة باللون الاسمر ولو خفيفاً يستعاض بهذا المحلول في الحال بمحلول حمض البوريك المكون من (٣٠) من الحمض على (١٠٠٠) من الماء المقطر المغلي فينجم عن هذا العمل زوال المرض وشفاء المرأة فإذا مضى عليها (٢٤) ساعة من هذا العمل ولم تنخفض الحرارة يلزم في الحال عمل تحت باطن الرحم ثم غسله ثم ~~كفيه~~ عقب ذلك بالجلسرين الكريزوني وكثير من المولدين يوصى بالانتظار على استمرار هذا التسلسل مدة يومين أو ثلاثة فإذا لم تهبط الحرارة بفعل الكحت وفي آن واحد يوضع على القسم الموجود فيه الالم من البطن أو الحوض كيس أو كيسان من الكاوتشوم أو أن بالجليد ويعلقان بضميط في أعلى السرير أو سقف الخجرة أو في الحائط بحيث يكون وضعهما على البطن مجرد ليس فقط لان تركهما بدون تعليق يزيد الالم ثقلهما فان لم يتيسر كيس الكاوتشوم فيفعل كيس من القماش المشمع أو يوثق بمئانة حيوان بعد تنظيفها وتعقبها وتغلا بالجليد وتعلق كما ذكر ثم تلف من الخارج بحزقة نظيفة معقمة أو قطعة من القانيل لتكون حائلة بين الكيس وجلد بطن المرأة ويلزم أن يكون وضع هذه الكياس مستمرا ويغير الثلج داخلها قبل أن يتم ذوبانه والا فلا يثمر العلاج به ويلزم الاتفات لتبول المرأة فان لم تبل قسطنرت وغسلت المئانة عقب كل قسطرة بمحلول حمض البوريك وبما أن أغلب التسمم النفاسي ناجم من وجود الميكروب السحجي المسمى استربتوكوكس فإذا فعل حقن مصل هذا الميكروب المنسوب للدكتور (مارموريك) من ابتداء ظهور وظواهر التسمم بمقدار (٢٠) الى (٥٠) جراما كان أتم وإذا كان عند المرأة امسالك يعمل لها حقنة معوية مضادة لتعفن وذلك بأن يوضع في مائها جارات النفثول. ويضارب التي بتعاطى قطع من الجليد تسخّلها المرأة أو تعطى جرعة (ريفيير) أو خلاصة الافيون. وبمجرد تكون القيح يفتح الخراج من المهبل اذا ~~كان~~ كثير البروز فيه أو تفتح البطن ويستخرج الصديد ويكون الفتح أسفل البريتون بأن يفعل شق مواز لقوس الاوربية من أعلى كما في ربط الشريان الحرقفي الظاهر ومتى وصل البريتون يفصل بلطف ويرفع الى أعلى بدون خدشه فيصل المواد الى الخارج فيشقه ثم بعد استفرغ الصديد وغسل محله يوضع فيه أنبوبة من الكاوتشوم ليسيل بواسطتها السائل الى الخارج ثم يوصل

تجويف الخراج بجويف المهبل اذا كان غائرا ثم يوضع في الفتحة المهبلية أنبوبة أخرى لنزول السائل منها ويحقن ويغسل بواسطة الانبوبة الاولى وفي التسمم العموي المصحوب بالتهاب يرتوى عموي تعطى المراتم خلاصة الافيون ويحقن بمحلول مكروب الاستربتوكول وتوضع الاكياس الجليدية على جميع امتداد البطن وبما أن هذا غير كاف فيلزم فتح البطن وغسل البريتون وحقن الدم بالمصل الصناعي لغسله بطرد محتصلاته ويجرى الفصد لخراج الدم العفن وينبغي ان يكون فتح البطن مبكرا وذلك بشقه في امتداد اثناساعة نحو ستة سنتيمترات ومتى وصل البريتون يفتح بلفظ ودقة ويدخل فيه أنبوبتان معقمتان احدهما لخروج السائل والثانية من زجاج موصلة بجهاز الزروقات الغسل فيدخل أولا في تجويف البريتون (٢) كبلوجرام من الماء المقطر المغلي لدرجة التعقيم ثم يتبع ذلك بدخول سائل سليمانى (١) على (٥٠٠٠) من الماء المقطر المعقم ثم يتبع ذلك بغسل بماء مقطر عقيم بسيط أى عقم بالغلي وحده ويوقف دخول السائل متى صار الخراج سائلا شفافا رائقا . والغسل الاول والثاني معدان لتتقصص الامتصاص البريتونى فقط . وبفضل عن وضع الانبوبة المعدة تخرج السائل في فتحة شق البطن ان تفعل فتحة متسعة في قعر كيس (دوجلا) توضع فيها هذه الانبوبة (ابديناج) يمر أحد طرفيها في البريتون والاخر في المهبل . وبعد التنظيف يحاط جرح البطن ويغير عليه بالبخار المعقم ثم يعلأ المهبل بالغاز اليودفوروى . ويتملى النجاح بمبادرة فتح البطن بسرعة عقب ظهور التسمم وأما العلاج بالمصل الصناعي الاستربتوكوكى المعدادفع التسمم النفسى فيكون بالحقن تحت الجلد أو فى الاوردة بمقدار من (٢٠) الى (٤٠) سنتيمترا مكعبا فى ٢٤ ساعة ويمكن ازدياد هذه الكمية بدون خطر لكن على العموم لا ينبغي ان يقتصر على العلاج بالحقن بالمصل بل يجب أن يستعمل معه المعقات السابقة كانه يلزم الامتناع من حقنه اذا كانت الكلى مريضة ولذا يلزم بحث البول قبل حقنه ويكرر الحقن يوميا الى تمام الشفاء ومتى تناقصت الحرارة لا يحقن الاجتدار ٢٠ جراما أو ١٠ جرامات فى ٢٤ ساعة وكذلك فى حالة الضعف بفعل الحقن بالمصل الصناعي المعوض للدم المكون كما تقدم من ملح الطعام النقى (٥) جرامات وسلفات الصودا النقية (١٠) جرامات ومن الماء المقطر لدرجة التعقيم (١٠٠٠) جراما واذا لم يوجد المصل المذكور يجوز ايصنه الطيب بان يأخذ الماء المقطر ويغليه ثم يذيب فيه الاملاح السابقة ويضعه فى زجاج معقم ثم يغليه بزجاج على حمام مارى يحتوى ماءه على حقنة من ملح الطعام ويعقم

• ويقوم الزجاج الذي يوضع فيه المصل بالهباب الكؤل في باطنه كما يعقم غطاؤه ويضعه في الماء والغلي عليه مدة نصف ساعة • ويلزم أن يحقن منه في كل دفعة وهو في درجة حرارة من (٣٨) الى (٤٠) من لتر ونصف الى لترين وآلة الحقن بسيطة تتركب من اسطوانة ذات مكبس من البلور يوفق على فيها الدقيق أنبوبة من الكاوتشوتصل بآلة (ديولفو) غرة (٢) ويمكن استعاضة الاسطوانة ذات المكبس باناء من زجاج ذي فتحتين السفلى تتصل بأنبوبة بآلة الحقن والعليا يصب منها السائل ثم تسد بقطن معقم • وأما الحقن في الاوردة فيكون بأنبوبة من زجاج ذات طرف دقيق • وعلى العموم يلزم تعقيم آلات الحقن بغليها مع الماء في أجهزة التعقيم قبل وضع سائل الحقن فيها • وتختلف طريقة العمل تبعاً للحقن في الاوردة أو تحت الجلد فللعقن داخل الاوردة يكفي رفع الاناء ذي الفتحتين الى أعلى بواسطة مساعد مع ضغطه على طرف الانبوبة الكاوتشوية المتصلة بالفتحة السفلى للاناء لمنع سيلان السائل ثم يربط العضد أعلى ثنية المرفق لظهور الوريد الدماغي الاوسط في ثنية المرفق أو يضغط العضد بواسطة أحد المساعدين وهو الاحسن ثم يكشف الوريد بشق الجلد المغطى له شفاصاً غير مواز ياله ثم ينقذ خلف الوريد بآلة بحيط ويربط ثم يفتح أعلى الربط وحينئذ يثرم المساعد بترك الضغط على طرف الانبوبة ليخرج جزء من المصل الى الخارج فيطردها الهواء ثم يدخل طرفها الدقيق في الوريد من أسفل الى أعلى وحينئذ يترك المساعد ضغط العضد فيمر المصل في الوريد • ويمكن تسهيل دخول الانبوبة بواسطة جفت يحفظ شفقي فتحة الوريد متباعدين ويستمر المساعد على رفع الاناء الى أن يدخل من المصل في الوريد أكثر من ثلثيه ثم يخفضه في محاذاة فتحة الوريد قبل أن يتم فراغ الاناء وحينئذ يضغط طرف أنبوبة التوصيل ثم يخرج من الوريد اذا كان مقدراً المصل الداخل فيه كافياً للقصور والابقيت فيه الانبوبة وصبت في الاناء جزء آخر من المصل ثم بعد ذلك يترك الضغط على طرف الانبوبة ويرفع اناء المصل الى أعلى فيستمر دخول المصل في الوريد وهكذا حتى يتم الغسل ثم يخفض الاناء وتضغط الانبوبة ثم يخرج من الوريد كما تقدم وبعد اخراجها تحاط حافتا الجرح بغزة خيطة يوضع فوقها غيار معقم محفوظ برباط معقم أيضاً ثم يحفظ الساعد من شئنا امدة يومين أو ثلاثة • فاذا احتاج المولود لادخال كمية أخرى يفل الغيار ويفعل في الجرح العلوي فتحة تدخل فيها الانبوبة كما تقدم وكية المصل الذي يحقن به كل دفعة تكون من لتر ونصف الى لترين • وبعض المولودين حقن منه نحو خمسة لترات • وقد يكرر الحقن

بالمصل دفعتين أو ثلاثاً وأربعاً في اليوم حتى يتم الشفاء . وعلى الموم فالحقن لا يؤلم إلا أنه قد يعثرى المرأة في انتهاء العمل به عسرى التنفس . وكالحقن بالمصل في الوريد يحقن به تحت الجلد أيضاً مع تعقيم ابرة الحقن جيداً ويختار ذلك الاقسام ذات النسيج الخلوى الغزير تحت الجلد فتغرزا لبرق في عمق هذا النسيج ليصل بها المصل اليه . ويلزم توصيل السائل المحقون ببطء لتسهيل تخلله النسيج الخلوى وبذلك يمكن حقن كمية تختلف من (٤٠٠) الى (٥٠٠) جرام ويمكن تكرارها عند الاحتياج حتى تصل كميته من لتر ونصف الى لترين مدة (٢٤) ساعة

وقد تصاب النفساء بانتهاب في الوريد الفخذي يسمى بالوريدى المولم الابيض (فلجما البادولنت) وهو كظاهرة تعفن نفاسى خفيف تحصل متأخرة ينسب به بعض المولدين لدخول المكروب السبحى (استربتوكوكس) أى مكروب التعفن النفاسى في الوريد فيهيح أغشيته ويلهمها فيبطأ سير الدم ويتجمد ويكون جلطاد مويه تسد الوريد سدائماً أو غير تمام . واعراضه متى كان خفيفاً أو لارتفاع الحرارة العمومية بعض خطوط من درجة ثانياً ألم حاداً قسم مجلس التجمد الدموى إما في احدى الحفرتين الاربيتين الحرة فيتين أو الاربيتين معا أو في حفرة الثدي أو في سمانة الساق وهو إما حاداً أو أصم زداد بالضغط وبالحركة ثالثاً أو زيماً الطرف مبتدأه من أسفل حتى تم الطرف بتمامه وهى أوزيماً بيضاء ملساء نازة تكون صلبة وأخرى رخوة وهو الغالب وبالضغط الخفيف على الوريد لا يصعب يدرك الطبيب التجمدات السادة له كجل معقود وبذلك تنال المريضة وقد يحتوى مفصل الركبة على كمية من السائل المصلى فإذا تزايدت الحرارة عما تقدم فجاء ذلك على إصابة وريد الطرف الآخر وقد تشفى المرأة من هذا المرض بعد شهر أو ستة أسابيع . وأحياناً تطهر مدة وجوده مضاعفات أخرى كالالتهاب الالنفائى والغنرئى أو الغلغمونى . وأحياناً يعقب الالتهاب الوريدى المذكور أوزيماً مزمنة أو ظهوراً لام عصبية متعاصية العلاج أو تبسات مفصلية أو ضمور عضلى . وقد يحصل عنه الموت فجأة عقب سدة سيارة تقف في الملح أو في الدورة الرئوية ويتنى حصوله باستعمال مضادات التعفن والتعقيم والنظافة والراحة التامة في الاستلقاء الطهرى مدة طويلة لأن هذا العارض يطرأ عند من تزلز الفراش مبكرة قبل انتهاء الاسبوع الثالث تقريباً . ومتى حصل المرض يلزم أن تكون المرأة في راحة تامة وأن تغلف أطرافها بالقطن المعقم مع استعمال المعقومات والنظافة أيضاً

أيضا ولا يسمح لها في ترك الفراش إلا بعد أربعين يوما لأنه بعد هذا الزمن تختلط الحصى  
( المقالة السادسة في الطفل بعد ولادته )

متى خرج الولد من أعضاء التناسل حيا صاح لشعوره بوجوده خارج أعضائه وأمه ولا يحتاجه  
للتنفس . ويكون جلده مغطى بطبقة دهنية فيلزم إزالتها . ولسهولة ذلك بذلك جسمه  
خصوصا في ثبتي الأريتين وتحت الأبطين وخلف الأذنين بالفازلين البوري . لكي قبل  
استحمامه . وكيفية ذلك هي أن تؤخذ كرة من القطن المعقم وتلوث بكثير من الفازلين  
ثم يدلك بها جلد الطفل بقوة وتستعاض بغيرها إذا تلوث وهكذا إلى أن يتم ذلك جميع جسمه  
فيغمر في ماء الحمام الأوجه وفه وتكون حرارة الماء من (٣٠) إلى (٣٤) درجة وبذلك  
فيه جميع جسمه بالشاش المعقم مع الصابون حالة كونه موضوعا على راحة اليد اليسرى  
مفرطحة الأصابع لتسند عنقه ورأسه وبعض ظهره ويكون ساعدها مازا بين فخذه  
وباليد اليمنى ينظف جميع أعضائه ثم ينشف الجسم ويذرع عليه مسحوق التشنأ أو الكوبود  
خصوصا تحت أبطه وفي الأريتين ثم تفتح عيناه بتباعد الجفنين بسبابة وإجهام اليد اليسرى  
وتمسح باليد اليمنى بكرة من القطن المعقم مبتلة بمحلول حمض البوريك الدافئ المكون من  
(٣٠) في الألف مع تنظيف باطن العين أيضا لأنه لا يلزم الاقتصاد على مسح العينين من  
الخارج خشية العدوى بالالتهاب ثم بعد ذلك يذرع فيه ما خرج من مسحوق اليود وفورم الزاعم  
جسدا أو الذا لم يتيسر وجوده بقطر فيه ما قطرة من عصارة الليمون الجيد بدون التفات لاجترار  
الغشاء المتحصى الذي يعقب ذلك التقطير وبعد انتهاء ذلك يبحث الحبل السري بمحاجيدا  
مرة ثانية خشية وجود عروة معوية به (فتق سري) فتى تحقق من عدم وجود ذلك لزم  
ربطه بطنها بالخيوط من الحرير يلف حوله مرتين أسفل من الجفت وأعلى من النقرة  
بثلاثة سنتيمترات تقر بيا مع الشد القوي ثم يعقد طرف الخيط عقدتين متينتين فإذا كان  
الحبل السري غليظا دهنيًا غرويا لزم أن يكون شد الخيط ببطه حتى يتجاوز المادة الدهنية  
المذكورة ثم يعقد كما ذكر أو تزال بالسبابة والإجهام ثم يربط الخيط كما تقدم أو يوضع  
الحبل السري بين عودين من أعواد الكبريت وبربطان من الطرفين ببطا قريبا فيكون  
الحبل كأنه بين جبيرتين والشد يكون واقعا عليهم مباشرة فلا ينزلق الخيط من محله اذن ثم  
بعد فعل العقدة الأولى يكسر من أطراف العودين ما زاد بحيث لا يكون باقيا منهما إلا  
الجزء الموجود تحت الفتى الخيط والعقدة الأولى ثم يشد طرف الخيط بقوة فيغوص الجزء أن

الباقين من العودين في المادة الدهنية الغروية ويحصران التسيج الحقيقي للجل السرى بينهما وبعد ذلك تعقد العقدة الثانية ثم يقطع الجبل أعلى الربط ويذرع على محل القطع مسحوق البودوفورم ثم يؤخذ جزء كبير من القطن المعقم وتعمل منه طبقة رقيقة من أربعة الشكل اتساعها (١٠) سنتيمترات ثم تنشق في أحد أطرافها إلى مركزها ثم يدخل الجبل في الشق إلى أن يصل إلى آخره ويكون الوجه الخلفي لهذه الطبقة ملاصقا للجلد بطن الجنين أي في آخر الجبل السرى من جهة البطن ثم يغلف الجبل بالقطن ثم يثنى على الوجه المقدم للطبقة القطنية نحو الجهة السرى للذراع الطفل وذلك لتجنب ضغط الكبد به أثناء وضع الرباط البدني الحافظ للجل وبغياره ثم يذرايض على الغيار مسحوق البودوفورم وعلى جميع جسم الطفل مسحوق النساء واليك بودوكا تقدم ثم تلف على الذراع والجل المضافه البدنية لحفظ الغيار السرى ثم يذير الطفل بالملايس المحضرة له دافئة ثم يوضع على جانبه لسهولة خروج المادة المخاطية التي في حلقه ويكون رقبته في سرير خاص به مجاور لسرير والدته . وإذا كان الفصل بارداً وضع بجانبه زجاجات مشتملة على ماء سخن لتدفئته مع المحافظة عليه من تيار الهواء والضوء الشديد . وقد لا تكون مهمة الطفل جيدة فلا يصح ويكون لونه باهتا ووجهه السرى دقيقا بدون نبضات وتنفسه سطعيا يحصل مرة في كل ٣٥ أو ٤٥ ثانية وتسمى هذه الحالة بالاسفكسيا البيضاء والموت الظاهري . وقد لا يصح ويكون لونه بنفسجيا وعينه بارزتان زيادة عن العادة وقه مفتوحا بدون تنفس والجبل السرى غليظا وبه نبضات غالبا وتسمى هذه الحالة بالاسفكسيا الزرقاء فتى كان الطفل كذلك لا يستمر حيا أكثر من ساعتين أو ثلاثة وإذا استمر حيا بعد ذلك كان استمرار حياته ناجما عن استمرار انفتاح ثقب (نوتال) . فالاسفكسيا البيضاء تنجم اما عن الضعف الخلقى للطفل فيكون غير قادر على التنفس وهذا ما يشاهد كثيرا لدى الأطفال الذين يولدون قبل تمام مدة الحمل . أو عن نزيف المشيمة قبل انفصالها . أو عن ضغط الجبل السرى . والاسفكسيا الزرقاء تنجم عن عاقبة خروج الدم من الجنين ولذا تشاهد في الولادة البطيئة وفي التي تكون فيها الانقباضات الرجعية متوالية بدون فترة أو في الانقباضات الرجعية التشنجية وعندما يكون الجبل السرى ملفوفا على عنق الجنين ومحموقا به . ويجب على المولاد في حالة الاسفكسيا البيضاء عدم المبادرة لضغط وقطع الجبل السرى بل يلف الجنين بغشقة جافة دافئة ثم يدلك جسمه ويشم الخلل ونحوه إلى أن يصبح ويتنفس جيدا فيقطع حبله السرى ويجرى له ما تقدم

ما تقدم . وفي الاسفكسيا الزرقاء تجب المبادرة بقطع الحبل السرى وزركه مفتوح الاوعية ليخرج منه نحو (٣٠) الى (٤٠) جراما من الدم وأنشاء ذلك يدخل الطبيب أصبعه ملفوفا بخرقة في فم الطفل الى الخنجره و ينظفها من المواد التي قد تكون موجودة فيها كخياط أو دم أو ماء أمنيوسى أو غير ذلك أو ينظفها بريشة أو زربنها معقمة بماء لول السليمانى ثم يحترض التنفس بدغدغة جدر بطنه أو أنحصى قدميه أو بقرع وجهه أو أليته أو قسم قلبه باليد أو برفوطة مبتلة بالماء أو بالكول أو يدلك جلد به بالكول أو يدغدغ الفشاء المخاطى العفر الانفية أو الحلق بواسطة زغب بريشة أو ثناء غمر الطفل في حمام ماء سخن بسيط أو خردلى أو يضبط الطفل ويهزه أمام طاقة مفتوحة أو يرش على وجهه ماء باردا أو يصبه بهيئة سلسول على قسم قلبه فإذا لم يفسد ذلك يجذب اللسان ويرده بجله مرارا بهيئة منتظمة ويكون ضبطه بواسطة الاصابع مباشرة أو بعد لفها بخرقة أو يضبطه بحف ضبطا خفيفا لثلاثين مرة ويجذبه به الى خارج الفم جذبا قويا ثم يفعل فيه من الامام الى الخلف حركة كحركة التنفس الطبيعى فيجذب اللسان تنبيه قاعده فيمتد ذلك التنبيه الى النضاع المستطيل ومنه ينعكس على عضلات التنفس فتتحرك . ولفعل التنفس الصناعى يضبط ذراعا الطفل ثم يرفع ان ويوجه ان الى الخلف فيتسع القفص الصدرى وهذا هو الشهيق ثم يخفض ان ويصالب ان على الصدر مع الضغط عليه ما فوقه خفيفا وهذا هو الزفير . ويجب الاستمرار على ذلك حتى يصير التنفس طبيعيا . أو ينفع الهواء داخل صدره عنفاخ مركب من كرة من الكاوتشو وانبوبة منحنية انحناء موافقا للطلق والخنجره كما هو واضح في شكل (٨٨) بحيث تكون كمية الهواء الداخلة به فى الصدر عند كل نفث من (٢٥) الى (٣٠) سنتيمترا مكعبة ويلزم الاستمرار على ذلك حتى يصير التنفس طبيعيا ويصبح الطفل هذامع ملاحظة ضربات قلبه دواما لانهم ارشد المواد فى العمل . وكيفيه النفث بالمنفاخ المذكور هي أن يوضع خلف الطفل خديداً ليكون جذعه فى الوضع الجالوسى تقرىبا ثم يدخل المولد سبابته ووسطى يده اليسرى فى الفم أن يصل الى الجزء العلوى للخنجره فى أحسن الاصبع بهذا الجزء أدخل باليد الانبوبة من لقا طرفها على الحافة الكعبرية لسبابه اليد اليسرى الى أن يصل الطرف هذام فحة الخنجره فيرفع الطرف الخارجى للانبوبة الى أعلى واليسار فيدخل الطرف فى فحة الخنجره ويتحقق من الوصول اليها بأنه اذا حرك المنفاخ تحركت معه الخنجره وحينئذ يبتدىء فى الضغط على الكرة الكاوتشيه بخفة ضغطا متقطعا مقلدا حركة الشهيق الطبيعى



• ومدة كل نفخ تكون إما نازيتين أو أربع نوان ويضغط باليد عقب كل نفخ على القسم الشراسيفي أو بأمر مساعد بعمل هذا الضغط لإخراج الهواء الذي دخل في الرئتين بالنفخ . وعلى العموم لا يلزم تكرار النفخ زيادة عن ثمان مرات أو عشر في الدقيقة ابتداء ويمكن تكراره فيما بعد زيادة عن ذلك ، ويؤمل نجاح النفخ متى حصلت حركة تشنجية كنوع (فواق) فيها ترتفع البطن السفلى ثم يعقب ذلك سكون يستمر من (٢٠) إلى (٣٠) ثانية ثم يعقب ذلك تنفس تشنجي متبوع راحة قليلة المدة ثم يعقبهم شهيق بسيط عادي لا تشنجي فينتظم التنفس انما لا يلزم ترك النفخ كلية بمجرد حصول أول أو ثانى زفير ذاتي بل يلزم أن تكون الانبوبة باقية في محلها في الحنجرة ولا تخرج الا اذا تكررت الزفرات التنفسية الذاتية من (٦) إلى (٨) مرات في الدقيقة . ولذا لا يلزم اخبار الحاضرين برجع الطفل الى الحياة بمجرد حصول الزفرات التنفسية الاولى

(في حالة الطفل بعد الولادة) - نبض الطفل الذي فصل من والدته يكون من (١٢٠) إلى (١٤٠) نبضة في الدقيقة . وعدد تنفسه (٥١) مرة في الدقيقة . وحوارته العمومية تنزل بعد الولادة عند ضعف البنية الى (٣٦) بل الى (٣٢) درجة مئوية . ثم تصعد ثانية الى (٣٦) درجة وهي الدرجة الاعتيادية للطفل الحديث الولادة . ومثاته تكون مملوءة بالبول أثناء ولادته ولذا يبول عقبها . وكذلك تكون الامعاء محتوية على كثير من المواد البشرية والمخاطية مختلطة بالمادة الصفراوية التي تنكسها لون خلاصة الخشخاش ولذا تسمى خشخاشية وهي كلمة يونانية تسمى بالعربية (عقيا) فأول براز لطفل يكون من هذه المواد ويحصل عقب الولادة وقد يحصل أثناءها اذا طال زمها وحصل للجنين تعب أثناء خروجه . ويكون التبرز من هذه المواد مدة لثلاثة أو اربعة أيام الاولى من الولادة ثم بعد ذلك تصير مكونة من فضلات هضم اللبن فيكون لونها أولا كالمرق ثم أصفر فاتحا ثم أصفر ذهبيا . وعدد برازه في الشهر الاول يكون من مرتين الى أربع في اليوم . ثم ان جلد المولود يكون وردي اللون عند البيض وأحمر غامق عند السمرة واللون الأحمر ناجم عن احتقان الجلد بسبب تأثير الهواء عليه لكن ينتهي ذلك بزواله فيصير لون الجلد أولا مسمر ثم يهت شيا فشيا الى ان يصير في لونه الطبيعي

(في غو الطفل) - ثقل الطفل عقب ولادته في الحالة المتوسطة يكون (٣.٠٠) جرام تقريبا ثم يفقد من ذلك نحو (١٠٠) جرام في الثلاثة الايام الاولى من الولادة بسبب خروج

العق الذي كان مائثا معاه . ومن اليوم الرابع يتبدى وزنه في الازدياد عادة بانتظام . فكل طفل لم يزد وزنه من اليوم الرابع يكون عليلا . ويزداد طول الطفل في الشهر الاول مقدار أربعة سنتيمترات تقريبا وثلاثة في الشهر الثاني واثنين في الثالث . ويولادة بدون أسنان وقد يولد الطفل بأسنان ومن ذلك ملك فرانس (لوز) الرابع عشر و (مينيراو) اللذان ولدا بأسنان في فيهما . والمعتاد أن يتبدى بزوغ الأسنان نحو الشهر السادس أو السابع ويتم ظهورها نحو انتهاء العام الثاني وتسمى اسنان اللبن . وتبتدى أسنان الفك السفلي في الظهور قبل الفك العلوي ماعدا القواطع الجانبية فانها تظهر للفك العلوي قبل مثيلتها للفك السفلي . ويكون ظهورها في أزمان معلومة منتظمة وأحيانا تختلف الأزمنة في الاحوال المتوسطة عادة يظهر بعضها كل ثلاثة شهور بالترتيب الآتي

(ظهور الاسنان)

القواطع الوسطى	٢ سفليين	{	تظهر نحو الشهر السادس تقريبا
	٢ علويين		
القواطع الجانبية	٢ علويين	{	» » التاسع
	٢ سفليين		
الاضراس الاول الصغيرة	٢ سفليين	{	» » الثاني عشر
	٢ علويين		
الانياب	٢ سفليين	{	» » الخامس عشر
	٢ علويين		
الاضراس الثانية الصغيرة	٢ سفليين	{	» » الثامن عشر
	٢ علويين		

ثم إن اسنان اللبن تسقط وتستعاض بالاسنان الدائمة .

﴿ في نوم الطفل ﴾ - يس - تغرق الطفل أكثر وأقائه مدة طوره الاول من الحياة في النوم . وعادة يكون تيقظه من النوم بصياح يصحبه أحيانا بكاء فلا يكون دليلا على تألمه الا اذا كان شديدا - تمرأو يكون الصياح العادي ناجما ماعن الجوع وهو الغالب أو البرد أو عسدر راحته في لفته بأن تكون مبالوة من تموله أو وسخة من تبرزه وهذا هو أكثر أسباب صياحه . ويكون صياحه المستمر ناجما ماعن مغص طرأ عليه أو عن انحصاره بلفته انحصار شديدا

(في نظافة الطفل) - يلزم تنظيف الطفل كل يوم في حوض صغير محتوي على ماء حارته من (٢٨) الى (٣٠) درجة مدة لا تتجاوز ثلاث دقائق ثم يخرج ويوضع على ركبتي المستعمل به ويكمل تنظيفه ثم يغسل الحبل السري بالماء البوريك ويحفف ثم يوضع عليه طبقة قطنية معقمة ومدهونة بالفازلين البوريكي ثم يذرع عليه مسحوق البيودوفورم وعلى جذع الطفل مسحوق الشا والليكو بود ثم يلف على الجذع بالباط البسدي ثم تنظف العنان بواسطة كرة من القطن المعقم مبتلة بمحلول حمض البوريك الغائر . وعلى العموم تلزم ملاحظة لفته دائماً فتغير كلما أصابها بلل أو وسخ كأنه يلزم ان يكون سريره مجرداً من التاموسية وبعيداً عن كل ما يدخل تيار الهواء كالنوافذ والابواب كاتقدم . وفي فصل الشتاء ترفع حرارة الغرفة الى (١٨) درجة اذا كانت أقل منها . ثم توضع في سريره زجاجات محتوية على ماء سخن غيراً أثناء الليل لان الحرارة الجوبة تنفض الى أقصى درجاتها نحو الساعة الثالثة أو الرابعة بعد نصف الليل فيصير هواء الغرفة بارداً جدواً ماء الزجاجات كذلك فاذا لم يغير يبرد الطفل فيصاح لانه كثير الاحساس في طوره الاول .

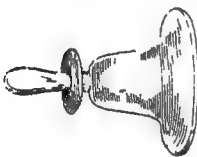
(في فحسة الطفل) - يختلف أول زمن خروج الطفل الفحسة تبعاً لحالة الجو . فاذا كان حاراً خرج بعد اليوم الخامس عشر من الولادة ولا تتجاوز فحسته في اليوم الاول عشر دقائق أو ربع ساعة ثم تزداد شيئاً فشيئاً لان فحسته ضرورية له وتعين على تحسين نومه

(في تغذية الطفل) - لا يلزم اعطاء الطفل شيئاً يتغذى به قبل مضي (٢٤) ساعة من ولادته لانه لا يحتاج لذلك ولا يتغذى بعد مضي هذه المدة الا باللبن فقط إما بارضاعه من والدته أو من مرضعة أجنبية أو بلبن حيوان أو بلبني آدمية وحيوان . وعادة لا يتسدى افراز اللبن من الام الامن اليوم الثاني الى الرابع من الولادة ويسبق افرازه ظواهر احتقانيسية في الثدي يقال لها ظواهر صعود اللبن وهي ألم الثديين وتورهما وانتفاخهما ثم يظهر في قتي حلمتي الثديين نقط من سائل أبيض معتم وهذا هو ابتداء افراز اللبن وحينئذ يتناقص التور والانتفاخ الثديي ويؤول الام ويستمر الافراز اللبني بالارضاع ولا ينقطع على العموم الا بعد مضي سنتين تقريباً . وقد ينقطع في ابتداء السنة الثانية أو في منتصفها وقد يستمر أكثر من سنتين بدوام الرضاع . وكثيراً ما يشاهد أن مرضعة ترضع طفلين متواليين الولادة لأم واحدة . ويسمى اللبن في ابتداء نزوله بالكولوستروم ثم يصير لونه أبيض مزرقاً وقوامه ثخيناً وهذا هو اللبن الحقيقي . فالكولوستروم مركبة من سائل مصلى ساج فيه فضلات بشرية وجسيمات

وجسيمات قوية الشكل مكونة من اجتماع أخلية ملتصقة ببعضها ببعضها جسيمات دهنية ثم ان الجسيمات التوتية تفرق وتجزأ الى أجزاء دقيقة جدا فتنتشر في السائل اللبنى العادى ولذا لا تشاهد فيه ثم ان اللبن الحقيقى يدخل ضمن تركيبه جزء من الماء متعلق فيه بالمزج الكرات الدهنية ومذاب فيه نحو ٦٠ جراما فى (١٠٠٠) من سكر اللبن المسمى (اللكتوز) ومذاب فيه أيضا المادة المسماة بالكازين (جنين) التى تتعقد علامتها للحمض المعدى ومذاب فى ماء اللبن أيضا مواد غير عضوية كخصائص الجير وكلوورور البوتاسيوم وفوسفات الصودا والمائزى واوغيرها . ويحتوى السائل اللبنى على غازات فى حال الانفراد كحمض الكرونيوسل وغاز الأزوت والا كسوجين . وتركيب اللبن يختلف باختلاف زمن الرضاعة ففي ابتداء كل دفعة من الرضاعة يكون رقيق القوام ثم يصير بالخص كثيفا وعادة عندما يضغط الطبيب الحلمة بين أصبعيه يخرج منها نافورة لبن يكون لونه أوالامعما ثم يصير شيا فشيا أبيض قسطيا فاذا وضع على التفزمه نقطة وأميل الاصبع لتسهيل بسهولة . ويوجد دائما بين الثدي ومعدة الطفل ارتباطا فى الوظائف والتكون لان الجنين لا يرضع فى الايام الاول الا قليلا كما أن اللبن وقتئذ يكون خفيف التركيب قليل التغذية والطفل غير محتاج الى غذاء كثير من ذلك ولذا لا ينبغي ارضاعه عقب ولادته من مرضعة عمر لبنها نحو شهرين أو ثلاثة الا بعض نوان لا متصاص الجزء الاوئى الرقيق لكونه موافقا لمعدته وكافيا لغذائه وكلما تقدم الطفل فى العمر وصار قويا وأعطى له الثدي مصه بقوة حتى لا يبقى فيه شيا . فى الاسبوع الاول لا ينفز من الثدي الا الكلوستروما ثم يصير اللبن متوسط التركيب من ابتداء اليوم العاشر الى الخامس عشر وتام التركيب نحو الشهر السادس ثم يبتدى افرازه فى التناقص من ابتداء السنة الثانية لكنه يكون مع قلة كميته أكثر تغذية ثم ينقطع افرازه من الشهر الثامن عشر الى تمام السنتين . وقد يستمر باستمرار الرضاعة كما تقدم . ثم ان المرأة الجيدة الصحة يفرز ثدياها فى ابتداء الاسبوع الاول من الولادة نحو نصف لتر من اللبن فى اليوم تقريبا . وفى ابتداء الشهر السادس تفرز لترًا كل يوم تقريبا . وعلى العموم فأكثر ما تفرز المرأة من اللبن وهى بين سن العشرين سنة والخمسة والثلاثين . وخلاف التغييرات الطبعية لافراز اللبن المتعلقة بسير الظواهر الفسلوجية يحصل فى افراز اللبن تغييرات فى كميته أو وصفته تتعلق بأسباب أخرى فاذا كان اللبن قليل الكمية أو العناصر الغذائية أو كثيرها أضر

بالطفل لانه في الحالة الاولى والثانية يكون غير كافى التغذية وفي الحالة الثالثة يكون عسر الهضم لاحتوائه على كثير من العناصر السلبية وبالاخص الزبد وكل من ذلك يؤدى الى اضعاف قوى الطفل ولذا تازم ملاحظة تغذيته في كل آن . فالتغذية المنتظمة تحصل ضرور من الرضاع الطبيعى المنتظم متى كانت المرأة جيدة الصحة وليتها موافقا لمعدة طفلها

وما ينبغى الالتفات اليه في الرضاع حرصا على صحة الطفل منع تعاطى المرضعة شيئا من المشروبات الروحية أو الحوامض أو الخل أو غير ذلك من الادوية القوية الفعل لان ذلك ينفرز مع اللبن ويصل الى المعدة الطفل ثم الى دمه ومنه الى عناصر الجسم . وعادة ينقص حمض المرأه العناصر المائية اللبن فيصير ثقيلا الهضم كما أن الحبل يغير صفته في الغالب ويقل كميته فيأخذ الشديان في الذبول ثم ينقطع الافراز وبالحمله بجميع الاسباب التى تحدث اضطرابا في تغذية المرضعة مثل النوب العصبية وتنغيص المعيشه والانفعالات النفسية من الفرح أو الحزن أو الازعاج تغير الافراز الطبيعى اللبن الجيد كما أن الامراض الحادة الحمية تقلل افرازه أو توقفه وقتيا ثم يعود عقب الشفاء غالبا . وأول واجب على الأم لطفلها الرضاعه متى كانت جيدة الصحة لان لبنها أجود غذاءه . وقد توجد أحوال فيها تجبر على ارضاعه بنفسه - هادون غير هامه - ما كانت الاعذار وذلك عندما يكون الطفل مصابا بالزهرى . أما الاحوال التى فيها ينبغى حضانه الطفل بمرضعة أجنبية فهى إما القلة لبن الام أو عدم افرازه بالكيفية فى حالة القلة تساعد بالمرضعة واذ يكون الرضاع مشتركا وفى حالة



شكل (١٩٠)

عدمه تلزم الاستعاضه كما تقدم وكما تلزم أيضا اذا كان جسمها مضمعلا أو بشديها عيب خلقى كقصر الحلمتين أو مكتسب كشقهما فى هذه الحالة اذا لم يوث بمرضعة أجنبية وضع فوق حلمه الشدى أثناء الرضاع الحلمة الصناعية البسيطة شكل (١٩٠) فيوضع صيوانها على حلمة الشدى فتدخل حلمة الشدى فى الحلمة الصناعية

ثم تدخل هذه الاخيرة فى فم الطفل فيصها فيحصل الفراغ فيثبت صيوان الحلمة الصناعية على الشدى وينبزع اللبن فى فم الطفل أو يوضع على حلمة الشدى الجهاز شكل (١٩١) المكون

(انظر شكل ١٩١ فى صحيفة ٢٥٩)

من نصف كرة من الزجاج ذى فتحتين جانبيتين كل فتحة مركب عليها صغير ينتهى



شكل (١٩١)

أحدهما بجلمة صناعية لمص منها الطفل  
والثاني ينتهى بمسم من الصنفي لتص  
منه المرأة لعمل الفراغ في نصف الكرة  
وعند فعل هذا المص يكون اللب الموجود  
جهة الطفل مضغوطا بسببها وإيهامها  
بعد وضع نصف الكرة على حلمة الثدي  
فيخرج اللبن فيها فتعطى حينئذ الحلمة  
الصناعية للطفل وترفع سببها وإيهامها

عن لب الطفل وتضغط على اللب من جهتها إلى أن يتم الرضاع ثم تتركه فيدخل الهواء في  
نصف الكرة فيزول الفراغ ثم رفع الجهاز وتغسل حلمتا الثديين بمحضر البوريك ثم يند  
عليه ما مسحوق اليودوفورم الذي يرال بالغسل قبل وضع الجهاز لكل رضاع كأنه  
يلزم تنظيفه عقبه ثم وضعه في محلول حمض البوريك في الفترة . وقبل وضعه للارضاع  
يغسل بالماء المغلي المعقم . وفي حالة ارضاع الطفل بمرضعة غير والدته يجب أن تكون  
المرضعة مقيمة مع والدته لمراقبتها وان تكون شابة بكرية الولادة متجاوزة العشرين من  
عمرها أو متكررتها وتجاوز عمرها العشرين سنة أيضا وتفضل الأخيرة لسبق عمرها على  
الرضاع وتعود حلمتها على نادية وظائفها . والسن الجيد للرضعة الجيدة هو من  
العشرين إلى الثلاثين ويلزم أيضا أن تكون المرضعة خالصة من كل مرض وبعدة عن  
زوجها ولم تحض وعمر لبنها كعمر الطفل أو أزيد منه بنحو شهرين إلى ثلاثة فقط وان  
تكون حلمتا الثديين متكونتين جيدها وبارزتين لتسكب بسهولة ولا تتألم منها بضبطها  
بالأصابع ولا بصمها وان تكون الغدة الثديية نامية ويعرف ذلك بصلابتها لان كبر الثدي  
مع رخاوته يدل على نمو السيج الشحمي لاعلى نمو الغدد المفرزة للبن . والثدي الجيد يكون  
متوسط الحجم كثرى الشكل صلب القوام ممتددا لاورد غددى الملس كفى شكل (٤٣)  
المتقدم ويلزم لمعرفة جودة الغدد حلب اللبن الموجود في الثدي لانه كثيرا ما تترك المرأة اللبن  
مخزونا مدة قبل ان تحضر للكشف عليها أو تكون أرضعت طفلها من أحدهما وابتقت  
الأخر بلبنه . ومتى كان الثدي جيدها وضغط على الحلمة خفيفا ين السبابة والإيهام من

الجلط الى الامام خرجت نافورة من اللبن واذا وضع منه نقطة على الطفر كان منظرها أبيض ولا تسيل بسهولة كما تقدم ثم بعد الكشف عليها يؤخذ لبنها ويحلب ويلزم لجودته أن يكون كالآتي

زبد	٤٤,٦٥	في الالف جوام
سكر اللبن	٦٠,٥٠	» » »
مواد لآلية	٢٧,٣٥	» » »
املاح	٠١,٦٥	» » »
	١٣٤,١٥	
خلاصة جافة	+ ٠٩٥	

وكذلك يلزم الكشف على ولد المرضة الذي يتغذى بلبنها التحقق من صحته لان جودة صحته دليل على جودة اللبن مع التحقق من أنه هو لبنها أو لا ويجب أن تكون معيشة المرضة منتظمة وغذاءؤها من المواد السهلة الهضم وأن تمتنع من تعاطي التوابل والمشروبات الكحولية وان ترض بدون ثعب وأن تنظف نفسها في الحمام مرة في الاسبوع على الأقل وتنظف ثديها بماء حار البوريك عقب كل رضاع وأن تلف بعد الغسل الحلتين بشاش معقم ناعم مدهون بالفازلين البوريكي ثم تفتح الحلمات وتنظفها بالقطن المعقم أو بقطعة من الشاش قبل الرضاع وهكذا في كل دفعة

وكيفية الارضاع في الاسبوع الاول هي أن تضع المرأة طفلها بجانبها وتميل اليه بجانب جذعها فتعطيه الثدي ليرضع وهكذا في كل مرة . ومن ابتداء الاسبوع الثاني يلزمها أن تأخذه وتضعه منحرفا على صدرها بينما تكون رأسه وجذعه مسنودين باليد التي جهة الثدي وتقر به الحلبة باليد الاخرى حتى تدخل في فيه ان لم يضبطها الطفل بنفسه ثم تركها في فيه فبعضها مدة عشر دقائق الى ربع ساعة فاذا تركها بعد ذلك فيها والاخر جتها من فيه قهرا عنه . ورغبة الطفل في الاستمرار على مص الثدي دليل على وجود عيب في تغذيته أو قلة اللبن الموجود في الثدي ويستدل على ذلك بتناقص وزن جسم الطفل ولذا يلزم وزنه قبل كل ارضاع وبعد ما يعلم مقدار كمية اللبن الذي رضعه . والكمية اللازمة له بحسب سنه هي كالآتي

الايام	كمية اللبن اللازم كل دفعة	عدد مرات الرضاع في ٢٤ ساعة	كمية اللبن في ٢٤ ساعة
أول يوم	٠٧ جرامات	١٠	٠٧٠ جراما
ثاني يوم	» ١٥	١٠	» ١٥٠
ثالث يوم	» ٤٥	١٠	» ٤٥٠
عاشر يوم	» ٥٥	١٠	» ٥٥٠
في اليوم العشرين	» ٦٢	١٠	» ٦٢٠
الى آخر الشهر	» ٧٠	١٠	» ٧٠٠
في ثالث شهر	» ٨٠	٠٩	» ٧٢٠
في ثالث شهر	» ١٠٠	٠٨	» ٨٠٠
في رابع شهر	» ١٢٠	٠٧	» ٨٤٠
في خامس شهر	» ١٤٠	٠٧	» ٩٨٠
في سادس شهر	» ١٦٠	٠٦	» ٩٦٠

ثم تستمر على هذا المقدار حتى تنتهي مدة الرضاع وقد تختلف هذه الكمية قليلا باختلاف بنية الطفل . ثم انه يلزم أن تستعاض المرصعة سواء كانت والدة أو أجنبية بغيرها متى صار اللبن مضرا للطفل بأن كان غير كاف لتغذيته أو غير موافق لصحته . ويعرف ذلك بطواهر فساد الهضم الذي ينجم عنه صياح الطفل وطرق الاسهال عليه واشتعال مواده البرازية على نعقدات جينية بحيث اذا حلل لبن الثدي وجد مستغيرا . وقد لا يوجد تغير فيه الا انه يكون غير موافق لمعدة الطفل ويعرف ذلك باضمعلال جسمه مع تفركة اللبن وشروط جودته . وكذلك تستعاض المرصعة بأخرى اذا طرأ عليها مرض حاد عفن كالتهاب الرئوى والحى التيفوسية والتيفودية والحميات الطفصية والرومازم المفصلي الحاد والتعفن النفاسي لان هذه الامراض تقلل اللبن ويخرج مكروبا معه فيعدى الطفل . وتستعاض أيضا اذا أصابها البرقان أو وجد في الحلمات تشققات أجريماوية وبالاولى اذا حصل فيها خراج

(في الرضاع الصناعي) - الرضاع الصناعي يكون بلبن غير لائمية . والمختار منه ما يقرب من لبنها في التركيب وهولبن الحماة لانه قلوى ومحتوى على قليل من الكازين وكثير من السكر كلبن المرأة الا ان زبدته أقل من زبد لبنها ولذا كان أقل تغذية منه ويوافق



الطفل في الأيام الأولى من ولادته وهو مسهل خفيف في ابتداء تعاطيه . وبلى ابن الحمار لبن المعزى ويحتوى على كثير من الكازين وقليل من السكر . وعلى العوم المختار لبن هذين الحيوانين لعدم استعدادهما للإصابة بالدرنية . ويلهم ما لب البقرة إلا أنه بعيد الشبه عن لبن المرأة لاحتوائه على كثير من الزبد والكازين من جهة ومن أخرى فإن البقرة مستعدة للإصابة بالدرن ولذا يلزم الاحتراس من إرضاع الطفل بلبنه خوف العدوى . وكيفية الرضاع الصناعي أن يتعاطى الطفل من الحيوان إما مباشرة أو بواسطة آلة . فالإرضاع مباشرة يمكن فعله من الحمار أو المعزى لما فقههما لهذا العمل لأن حلمات الثدي فيها قليلة الغائط وطولها كاف لضبطها بسهولة بقم الطفل ويتعدى عليه ما بسهولة فلا جل إرضاعه من المعزى تمسك من إحدى قوائمها الخلفية بعد غسل الثدي والحلمات بالماء البورى كي الدافئ ثم بالماء المغلى المعقم الدافئ المحلى قليلا بالسكر ثم يوضع الطفل في الوضع الظهرى على ركبتي امرأة وتوضع حلمة الثدي في فمها وهو مشاره بشكل (١٩٢) فيرضع منها وتغسل حلمتها



شكل (١٩٢)

بعد الرضاع وقبله كالتقدم ويمكن تعويض نقص سكر لبن المعزى بإعطاء الطفل قبل الإرضاع ملعقة من محلول السكر ثم أن الإرضاع مباشرة لا ينبغي الانتهاء أما لئلا فلا ينبغي إلا بالآلة والإرضاع بها يكون غالباً لبن البقرة لئلا يفسد في كل وقت إنما ينبغي أن تكون البقرة سليمة صغيرة السن جيدة البنية حديثة الولادة وأن يكون غذاؤها بالعلف الجاف

كالدريس والبقول والنسبن لأن غذاءها بالخضراوات غير جيد لابن إذا كانت البقرة معدة لرضاع الطفل . وجزء لبن المواقف لرضاع الطفل هو الجزء الأول الذي يخرج بالحلب من ثدى البقرة واللبن الذي فصلت منه القشقة وعلى العوم يضاف لبن البقرة من بي كروونات الصودا وجزء قليل من السكر وكيس من الماء المعقم تختلف باختلاف عمر الطفل ففي الأسبوع الأول والثاني يلزم أن يضاف إلى اللبن مقدار ثلاثة أرباعه من الماء . وفي الأسبوع الثالث إلى انتهاء الشهر الثالث يلزم أن يضاف إليه النصف من الماء ولذا لا ينبغي غلى الماء لدرجة التعقيم بعد أن يذاب فيه جزء من بي كروونات الصودا وجزء من السكر بنسبة ثلاثة جرعات من المائة في المائة . ويمكن أن تستعاض بي كروونات الصودا

يجز من ماء فيشئ بعد غليه . والبن المضاف اليه الماء يرغب الطفل في تعاطيه كثيرا الآن غوة يكون قليلا لقلته تعذيته وبالعكس اذا لم يصف اليه الماء وكان بكمية مناسبة الا أنه لا يلزم اعطائه في السنة مشهور الاول الا مخلوطا بالماء كما تقدم . وبعد هذه المدة يعطى له اللبن بدون ماء التحمل معدته له . وعلى العموم يلزم ان يكون اللبن فاترا وقت تعاطي الطفل منه ويكون تعاطيه إما بالامعة وهو الاجود أو بالفنجال أو بباريق صغير من البلور أو بالشدي الصناعي ويلزم رفض الشدي الصناعي ذي اللي لصعوبة تعقيمه جيدا . وأفضل شدي صناعي هو الذي يتكون من زجاجة بيضاء مدرجة يستعاض عنها غطاؤها

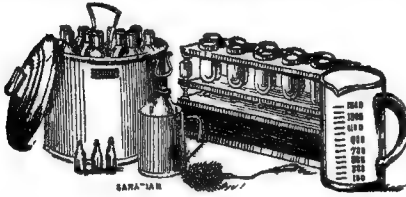


شكل (١٩٣)

بالحلمة الشدية شكل  
١٩٣ متصلة بجوزة  
اسطوانية به أنبوبتان  
احدهما غليظة معدة  
لمرور اللبن ينتهي طرفها  
الخارجي بالحلمة الشدية  
والطرف الاخر مغموور  
في قاع اللبن . والانبوبة  
ال اخرى دقيقة ومفتوحة  
الطرفين معدة لمرور  
الهواء أثناء الارضاع  
ويلزم استبدال الحلمة  
بغيرها زمنافزنا كما انه  
يلزم ان يكون اللبن  
خاليا من الجراثيم لانه

بتعرضه للهواء تدخل فيه جراثيم ميكروبية عديدة فتسبب مرضا ويساعدها على ذلك حرارة الجو وهذه الجراثيم ينجم عنها الامراض التي تشاهد عند الرضيع زمن الصيف كالاسهال الاخضر أو نحو . وقد يدخل في اللبن بواسطة الماء الذي يضاف اليه أو بماء غسل الشدي الصناعي اذا لم يعقم بالغلي قبل ذلك ولذا يلزم غلي اللبن والماء المضاف اليه بالزجاجة المحتوية

عليهما الى (١٠٠) درجة لمدة نصف ساعة متى كان اللبن معداً للتغذية (٢٤) ساعة . أما اذا كان معداً الاكثر من ذلك فيلزم غليه لدرجة (١٢٠) مع الاستمرار على الغليان في هذه الدرجة نصف ساعة أيضاً . وغليه الى (١٠٠) درجة كاف لتعقيمه . عقب حلبه من ثدى الحيوان أما اذا مضى على حلبه زمن فيلزم أن يكون الغلي في حرارة فوق (١٢٠) لان حرارة درجة المائه تقيت المكروبات لكن لا تلتف افرازاتها السمية الموجودة في اللبن فاذا رادت الحرارة عن المائه ألتفت افرازاتها السمية فضلا عن قتلها للمكروبات . وكيفية التعقيم هي



شكل (١٩٤)

أن تؤخذ حلة ذات

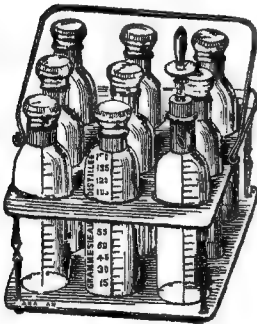
غطاء شـكل ١٩٤ ثم

سبت معدن شكل ١٩٥

مقسم الى جملة تقاعير

يوضع في كل منها زجاجة

مملوءة باللبن الى عنقها ومغطاة



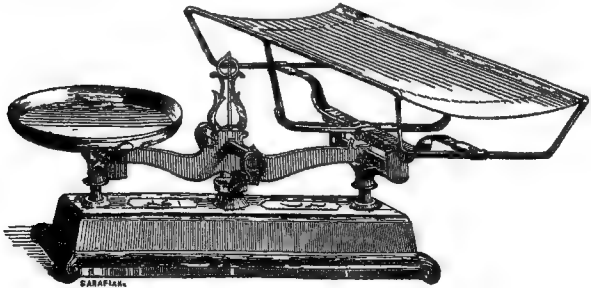
شكل (١٩٥)

بغطاء من الكاوتش وشكله محروطى يدخل جزؤه الرفيع في فم الزجاجة فيسدها ويبقى جزؤه الاكثر غلظا المفرطح خارج فيها وجزؤه الرفيع مصنوع بكيفية بها يسمح لخروج الهواء من الزجاجة لا لدخوله . والسبت ساق ينتهى من أعلى بحلقة يدخل ويخرج بهامع زجاجة من الحلة وقبل وضعه بالحلة المذكورة يفرض بفاعها طبقة من الفس أو التسبن لتكون حاجزا بين السبت وقاعها ومتى ادخل يصب الماء البارد في الحلة الى أن يساوى سطحه سطح

لبن الزجاج كفى شكل (١٩٤) ويغلى شيافشياً ومتى حصل الغليان يستمر عليه مدة نصف ساعة . وكل زجاجة مقسمة الى جملة أقسام كفى شكل (١٩٥) والافضل أن تكون كل زجاجة صغيرة لاتسع الا كمية لارضاع دفعة واحدة محكمة السد بسدادة الكاوتش والتي تصير سادة للزجاجة سداجيداً بضغط الهواء الخارج عقب الفراغ الذى

يحصل

يُحصل بعد غلي اللبن ونحوه جميع الهواء الموجود فيه وفي الزجاجة وتكثف البخار بالتبريد  
ولذا يلزم بعد غليه مدة نصف ساعة رفع غطاء الحلة مدة (١٢) دقيقة ليبرد ماؤها ثم يخرج  
النسب بزجاجة ويوضع في محل بارد . ويعرف تمام التعقيم متى صار السطح الطاهر للغطاء  
مقعرًا وبأنه إذا قلبت الزجاجة وقرع على قاعدتها جفأت تحرك السائل كتلة واحدة وسمع  
صوت كالناجم من قرع مطرقة على سندال . وعلى العموم يلزم أن يكون الكاوتشوا المكوّن  
منه الحلة الصناعية وغطاء الزجاجة جيّداً . ويعرف ذلك بالقائه في الماء فإذا طفا على سطحه  
كان جيّداً . وإذا غاص فيه كان غير جيّد لاحتوائه على معادن مؤكسدة . وعلى كل تؤخذ  
زجاجة من هذه الزجاجات متى آن وقت الرضاع ويرفع غطاؤها الكاوتشي ويستعاض  
بالحلة الصناعية كما هو واضح في إحدى زجاجات شكل (١٩٥) المتقدم وتُعطي للطفل  
في رضع ما فيها فإذا بقي منه جزء في الزجاجة لزم إراقته وغسلها هي والحلة جيّداً ثم توضع  
الأخيرة في محلول حمض البوريك أثناء فترات الرضاع حتى إذا لزم الرضاع ثانية تُخرج منه  
وتغسل في ماء بسيط معقم دافئ ثم تترك على زجاجة أخرى وهكذا في كل دفعة . وأحياناً  
يصيرون اللبن أسمر بسبب الغليان فلا يهتم بذلك . ولا يلزم إعطاء الطفل زيادة عن الكمية  
اللائمة له من اللبن المخضر بهذه الكيفية لأن القليل منه يغذيه أكثر مما ذكر في قائمة  
مقايير كمية اللبن في كل أرضاع . ولبن البقر أكثر تغذية من لبن المرأة ولذا لا يلزم الاهتمام  
بصباح الطفل أثناء فترات الرضاع . وأعظم طريقة لمعرفة جودة صحة الطفل ونموه هي  
وزنه في كل صباح في ساعة معلومة توافق فترة من فترات الرضاع مع ملاحظة خلواته المشاة  
والمستقيم . ويكون ذلك بالميزان شكل (١٩٦) فيزداد ثقل الطفل في الحالة المتوسطة كالآتي



شكل (١٩٦)

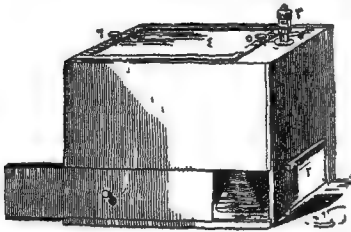
في الشهر الاول	٣٠	جراما
» » الثاني	٣١	»
» » الثالث	٣٧	»
» » الرابع	٤٣	»
» » الخامس	١٨	»
» » السادس	١٥	»

(في فطام الطفل) - الفطام هو منع الطفل عن الرضاع ونعويضه بغذاء آخر. ويكون ذلك بعد انتهاء السنة الثانية التي باتتها ثباتهم بزوغ أسنانه لأنه يلزم أن يكون فطامه تدريجيا وفي غير مدة الصيف. وهذا هو القانون الذي فطر الله الخلق عليه فيلزم اتباعه لأن مخالفته تضر بالطفل ضررا يلغا. فإذا فطم مبكرا انجم عن ذلك نزلات معدية معوية قد تكون مميتة. وقد اتفق ان الجناب العالي خديونا (عباس حلمي باشا الثاني) كان له مرضعة عمر لبنها أكبر من عمره بكثير. ولما صار الجنابه العالي من العمر خمسة أشهر اعتراه بسبب ذلك التهاب معدى معوى فأرادت جدته رحمة الله عليها أن يغذى بلبن غير هذه المرضعة فاجرى ذلك ولم يفسد بل تضاعف الاسهال واستمر نحو العشرين يوما بشكل خيف منه على حياته حفظه الله لانه لم ينسر العلاج فوفقت وما توفيق الابانه لان كونه له شربة من عصير اللحم وأضفت اليها دقيق خبز مخصوص بعد تحميصه وصحفه ونخله جيدا فأقادته وأوقفت الاسهال فبقيت مستمرا على اعطائها له حتى أتم الثانية من عمره معتدلة الصحة

ومما نوصى به عدم اعطاء الطفل غذا غير اللبن الا عند الضرورة ولا يكون قبل الشهر السادس من عمره لان ظواهر التسنين تستدئ فيه تقر بما ويصحبها اضطرابات مرضية وكيفية الفطام هي ان يبدا باعطاء الطفل حال كونه في الرضاع شربة من مطبوخ الارز الجيد أو التبنوكا من الاراروط خفيفة القوام نامة النعج ويكون ذلك في أول يوم ولا يعطى له منها في الدفعة الواحدة زيادة عن أربع ملاعق أو خمسة وهكذا اثلاث مرات في اليوم ثم يستمر على هذا المقدار مدة من الزمن تبعاقلة لبن المرضعة وكثرته ونسبة درجة تحمل معدة الطفل لهذا الغذاء الجديد وتعوده عليه فإذا حصل له أدنى اضطراب معدى معوى منع عنه هذا الغذاء وعذى باللبن الى أن يزول الاضطراب. وإذا تعبت المرضعة عقب الفطام

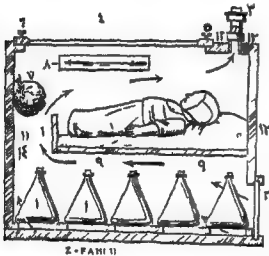
من كورة اللبن في ثديها أعطيت مسهلاً أو لاو قلل غذائها ومشروبها وغلف ثدياها بالقطن بعددهنهما بجرهم خلاصة الشوكران ثم يرفعان برباط حافظ لهما

وفي أمراض حديث الولادة (في الضعف الخلقي) قد يولد الطفل سواء تمت مدته حمله أو لم تتم ضعيف البنية بطيء الحركة والتنفس منخفض الحرارة مسترخي الجلد ومنكر شه لا قوته على مص الثدي فإذا وضع في فمه حوله شفتيه بدون أن يحرك الحنجرة وهذا يدل على عدم الازدرداد وإذا وزن قبل ذلك وبعده لم يزد وزنه شيئاً أو يزد قليلاً فيلزم إذن رفع حرارته بالصناعة لدوام حياته وذلك بوضعه في صندوق شكل ١٩٧ من خشب أو بلور طوله نحو



شكل (١٩٧)

٦٥ سنتيمترا وعرضه ٣٦ وارتفاعه ٥٠ سنتيمترا وسماكته ٢٥ ملليمترا وتجويفه يكون مقسوماً إلى طبقتين انقساماً غير تام بمحاجر أفقية موضوع أعلى أرضية الصندوق نحو ١٧ سنتيمترا كافي شكل ١٩٨ والجزء



شكل (١٩٨)

الباقى بدون انقسام يعدل توصيل الطبقتين ببعضهما ويوضع فيه اسفنجة مبتلة بالماء البارد ثم يوضع في الطبقة السفلى على أرضية الصندوق بواسطة فتحة ذات باب كافي شكل (١٩٧) المتقدم وأنى من عنزف مملوءة بالماء الحار بعضهما مشار له برقم (١) شكل (١٩٨) وبجانب هذه الفتحة فتحة أخرى تبقى مفتوحة بدون سد دخول الهواء البارد مشار

له برقم ٢ من شكل (١٩٨) والطبقة العليا من الصندوق معدة لوضع الطفل فيها ولاجل ذلك يوضع فوق الألواح الأفقية مرتبة رقيقة ووسادة صغيرة ثم يضع الطفل على ظهره فوقها كافي شكل (١٩٨) ويوجد في غطاء هذه الطبقة فتحة متسعة مغطاة بلوح من البلور مشار له برقم ٤ إذا كان الصندوق من الخشب أو المعدن يلزم الطبيب الطفل منه ويدخله ويخرجه

منها الارضاعه وهذا اللوح يثبت طرفاه بمرتين مشارلهما برقى ٥ و ٦ من الشكين  
المذكورين يمكن رفع الزجاج بفكهما فيصير الطفل مكشوفاً يمكن اخراجه من هذه الفتحة  
لارضاعه أو لتغيير ملابسه ثم ارجاعه محمله وغلق لوح الزجاج بشدور البرتين في اتجاه عكس  
اتجاه فكهما ويوجد في الغطاء أيضاً قرينان من لوح الزجاج فتحة صغيرة مكب فيها ترمومتر  
واصل الى تجويف الصندوق به تعرف الحرارة المحيطة بالطفل مشارله برقم ٣ وبجوار هذه  
الفتحة فتحة صغيرة جداً مفتوحة دائماً لمرورها الهواء السخن من باطن الصندوق الى الخارج  
مشارلهما برقم ١٣. وعلى العموم فوضع الماء السخن في أواني الخرف مفضل لتعملها الحرارة  
هذا مع لزوم احضار جلة منها ليقى بعضها فارغاً معداً للمثله عند ما يراد استبدال الأواني  
التي في الصندوق بها وهذه الكيفية يمكن جعل حرارة تجويف الصندوق من ٣١ الى  
٣٢ درجة وهي الدرجة المطلوبة للطفل الضعيف البنية ويمكن رفعها الى (٣٣) درجة  
و (٤٤) ويلزم دائماً النظر الى الترمومتر فإذا شوهد أنه ارتفع أكثر من الدرجة المتقدمة  
تقل البرمتان ويرفع الغطاء بالورى قليلاً حتى ينخفض الترمومتر الى الدرجة المطلوبة ثم يرد  
ثانياً فإذا أريد أخذ الطفل من الصندوق فتح الغطاء فتحتاً تاماً ثم يغلق عقب اخراجه لعدم  
انخفاض حرارة تجويف الصندوق ويلزم دائماً حفظه نظيفاً دائماً عدم استعماله بغسل جميع  
أجزائه بمحلول السليمانى واحد على (١٠٠٠) وقد لوحظ من استعمال هذه الوسائط نقص  
عدد موت الاطفال ضعيفي البنية عن ذى قبل بدليل أن الاطفال الذين يولدون في الشهر  
السادس لم يموت منهم الا سبعة وأربعون في المائة مع أنه كان يموت جميعهم قبل استعمال هذه  
الطريقة والذين يولدون في الشهر السابع لا يموت منهم الا سبعة وثلاثون والذين يولدون في  
نصف الشهر الثامن لا يموت منهم الا اثنان وثلاثون والذين يولدون في ابتداء التاسع لا يموت منهم



شكل (١٩٩)  
يؤخذ

الاخسة عشر والذين يولدون في نصف التاسع لا يموت منهم الا تسعة  
ويزاد على استعمال الحرارة الصناعية للطفل ضعيف البنية تلازم  
تغذيته لانه لا قدرة له على المص وذلك إما بواسطة المعلقة بعد اضعاعه  
على ظهره وانخفاض رأسه فتدخل المعلقة مملوءة باللبن فيه ثم ترفع  
رأسه قليلاً ليدخل اللبن في الحلق فإذا أمكن الطفل الازدراء فيها  
والا لزم ادخال اللبن في معدته بواسطة جهاز مكب من مجس من  
الكاوتشو الاجري متصل بقبع من البلور شكل (١٩٩) ولاجل ارضاعه  
به يؤخذ الطفل ويسطح على ركبتي مساعداً والدته مفكوكاً الففة ثم

يؤخذ الجبس المربى لهذا الجهاز الذي يجب أن يكون وضع أثناء فترات التغذية في محلول حمض البوريك وعلى الماء قبل استعماله ثم يوضع اللبن في القمع المتصل بالجبس لطرد الهواء منه ثم بعد خروج الهواء وجزم من اللبن يضغط الطيب الجبس بالإهمام والسبابة بينما يكون مملوؤاً باللبن ثم يدخل سبابة اليد اليسرى في فم الطفل إلى أن يتجاوز دهليز الحنجرة وعليها يدخل الجبس باليد اليمنى ويدفعه إلى أن يصل للعدة واذن يرفع الطفل ويجلس ثم يرفع الضغط الواقع على الجبس برفع الأصبع ثم يرفع القمع إلى أعلى فيسبيل اللبن في معدة الطفل ويلزم رفع وخفض القمع المحتوى على اللبن لينتظم دخوله في المعدة . وعلى العوم يلزم أن يكون ادخاله ببطء واذ لم يتيسر هذا الجهاز تملأ ملعقة صغيرة باللبن ويصب في أنف الطفل بعد كل مرة من شهبه فيسبيل اللبن على أرضية حفرة في الأنف حتى يدخل في الحلق بدون أن يتجه إلى الحنجرة هذا مع لزوم مزج اللبن مع الماء بالمقادير الآتية

في الأسبوع الأول جزء من اللبن إلى (٤) من الماء

» » الثاني جزء » (٣) »

» » الثالث جزء » (٢) »

وبعد الشهر الأول جزء » (١) »

ويلزم أن تكون كمية اللبن التي تعطى لهذا الطفل أقل من التي تعطى لمن تمت مدة حمله . فمن ولدى الشهر السادس أو السابع لا يلزمه في كل رضاع زيادة عن (١٠) جرامات (أى ملعقة فوهة) ويكون ذلك كل ساعة مدة النهار وفي كل ساعتين مدة الليل ثم فيما بعد تصير الكمية من (٢٠) إلى (٤٠) جراماً وتصير الفترات مستطيلة . فإذا نشأ عن التغذية بالجبس حدوث انتفاخ الطفل أو أوزم يلزم تنقيص كمية الغذاء حينئذ

و رجوع اللبن من فم الطفل ❊ - قد يرد الطفل بعضاً من اللبن قبل أن يصل إلى معدته (اذ لو وصل إليها لم اذ قد حافظت لصفته الطبيعية ) وهذه الحالة تحصل للطفل الذي يعصب السدى بقوة ويرد زدياً عما يلزم مروره في المرى وهو قد يكون رجوعه عن عيب في الفم فيرد عقب المص مباشرة بدون أن يتردده في الحالة الأولى يلزم أثناء الرضاع تبعيد السدى عن فمه من برهة لاخرى ليتمكن من الازداد ببطء وفي الحالة الثانية يضارب عيب الفم بما يناسبه ❊ التي - اذ وصل اللبن إلى معدة الطفل ومكث فيها من عشر دقائق إلى نصف ساعة ثم قامه كان ذلك قشياً واختلفت صفات مواد لانها تكون حمضية مكونة من سائل وكل



جينية مختلفة التجمد وعلى العموم يكون النقيء مؤلماً متعباً للطفل وسببه إما تغير في اللبن أو في الثدي الصناعي إذا كان يغذى بواسطته فيلزم البحث عن كايها لمعرفة ويحتجب

**الاسهال** - قد يطرأ على الطفل فساد وفتى في الهضم يكون ناجماً عن تأثير برد أصابه أو تغير في تركيب اللبن أو في كميته أو عن عدم اهتمام الممرضة الأجنبية به إذا كان يرضع منها أو عن تغير في الثدي الصناعي إذا تغذى بواسطته وفي جميع ذلك يحصل للطفل اسهال مائي متكرر يكون أقل اسفراً وأحياناً يكون مخضراً وعلاجه هو تدفئته إذا كان ناجماً عن البرد مع منع تغذيته باللبن ولا يتغذى إلا بماء الارز المغلي أو بماء الشعير المغلي فقط فإذا لم يقف هذا الاسهال ففعل الطفل حقن شرجية مكونة من الماء المغلي المعقم الغارم مضافاً إليه جزء من النشا وقد تكون مواد الاسهال مكونة من لبن منعقد غير مهضوم لونها أخضر سنجابي وهذا يشاهد عند الاطفال الذين يرضعون كثيراً من لبن كثير العناصر الغذائية أو من لبن غير جيد الصفة ويشاهد أيضاً عند الاطفال ذوى الامعاء المصابة بالزهرى أو بالدرن فينشئ ذلك لبن فاذا وجد محتوي على عناصر غذائية كثيرة أضيف اليه كمية من ماء الشعير المغلي أو ماء الارز المغلي أو يوضع الطفل في الحمية المائية كما سيأتي بدون تعاطيه لبناً مدة يوم أو يومين . وإذا كانت مواد الاسهال حضية أضيف اللبن ملحقة قهوة من ماء فيشرب في كل غذاء . وإذا كان مصاباً بالزهرى عولج بذلك بحمض قليل من المرهم الزئبقي . وقد ينجم الاسهال عن التغذية المعيبة بأن يعطى للطفل مع اللبن شيء من الطعام كاللحم أو مهروس البسلا أو الفصوص لياً أو خلافاً في الوقت الذي لا يوافق اعطائه وشياً من ذلك أي قبل تمام بزوغ أسنانه فتكون مواد البراز ذات لون سنجابي وسخ قليلة الكمية والطفل منتفخ البطن . فيلزم لعلاجه انتظام الغذاء باللبن فقط ومع هذا ترتفع حرارته ثم يضعف ويموت ولا يفيد فيه العلاج إذا فعل بعد أصابته بمعدة . وقد يكون الاسهال عفواً ناجماً عن التسمم اللبنى ويسمى أيضاً اسهال الثدي الصناعي لانه ينجم عن وساخته ويصعب الاسهال المذكور في . ومواد هذا الاسهال عند حديثي الولادة تكون ذات لون أخضر تبعق الملابس بقعا مخضرة وبها بعض تعقيدات جينية مختلطة بالصفراء وتأثيرها جنسي وعددها مختلف وتضطرب بالآلام يصح الطفل منها وينجم عن هذا الاسهال وقوف غوا الطفل فيضعف ويدبل جلده ويصير خشناً ويتغير لونه وتكون هيئته الكهل لانه يظهر غلظ رأسه

ودقة أطرافه ويصير بطنه عريضا غليظا وجلده ملء الشدة متدده . وهذا الاسهال يحدث عن التسمم باللبن الفاسد المتخمر بعنصر عفني وإذا لا يشاهد الاعتدال لطفال الذين يتغذون بالثدي الصناعي . ومعالجة هذا الاسهال ان يعزل الطفل ويغلي كل ما كان عليه في الماء من ملابس ومناشف وملاآت مدة من الزمن ثم يوضع في الحمية المائية أى لا يعطى له الا مغلي الارز والشعير فقط مدة (١٢) ساعة ثم يعطى بعدها اللبن مخلوطا بماء الارز المغلي أو بماء الشعير المغلي مضافا لهما في كل دفعة غذا معلقة قهوة من المركب الآتي

بنزوات النفطول (١) جرام

ماء (٥٠) جراما

هذا مع استعاضة الثدي الصناعي بمرضعة ان أمكن أو تنظيفه جيدا واستعاضة اللبن بلبن آخر أو يعقم اللبن جيدا بدون استعاضة . وإذا كان الطفل باردا بالجسم ينبغي ذلك بفاينيللا جافة دافئة أو مبتلة بالكؤل ويجوز استعاضة المركب المتقدم بالمركب الآتي

محض اللبنيك (٢٥) سنتي جراما

شراب الزمربواز (٠٨) جرام

ماء (٢٥) جرام

بأن يؤخذ منه مل معلقة قهوة وتصب في اللبن المعدل لغذاء الطفل مدة (٢٤) ساعة اذا كان عمره من ثلاثة شهور الى اثني عشر شهرا . وعلى العموم يلزم أن يكون الطفل في حرارة منتظمة وان ينظف في حمام حرارة مائه نحو (٣٠) درجة مدة خمس دقائق الى عشر مرتين في اليوم . وفي أثناء الفترات يدلك جسمه بفاينيللا جافة دافئة أو مغموسة في الكؤل الكافوري

في الامسالك - قد يطرأ على الطفل امسالك شديد . ويندر عند الاطفال الجيدين الصحة . ويكثر عند من تغذيتهم بمعينة وعند من يتغذون بلبن كثير العناصر الغذائية . ويعالج هذا العارض بمحقة صغيرة محتوية على ملعقة من زيت اللوز فاذا زال الامسالك فيها واذا استمر أضيف لكل غذا أول كل ملعقة من اللبن المعقم (٥) سنتجرامات من كربونات المانزيا أو بي كربونات الصودا أو قليل من كلورور الصوديوم أو يعطى قبل الرضاع ملعقة من شراب الراوند

(في شلل الطفل) - قد يحصل للطفل شلل في أحد طرفيه العلويين أو فيهما عقب جذبه منهما أثناء الولادة . ويكون مجلسه العضلة الدالية أو تحت الشوكة والعضلة المقعدة

وقد يكون جميع عضل الطرف أو الطرفين مصابا به فيكون فاقد الحركة والاحساس وقد يكون مجامسه عضلات الوجه ويكون ذلك ناجما عن ضغط الجفث أثناء الإخراج به . وعلى العموم يزول الشلل من نفسه بعد مضي زمن قليل أو بعد ذلك كما سيبسط أو بتكثيره بالتبار المستمر

(في النزف القمي أو الأثني للطفل) - قد يوجد عند الطفل نزف في أو أثنى أو شرعي فيلزم الإسراع في إيقافه . وإثارة خطر لكونه دليلا على فساد الدم . وقد يحصل النزف من طرف الحبل السري أو من نقطة اندغامه في البطن . فالأول يدل على أن ربطه غير جيد فيلزم ربطه جيدا والثاني يدل على غرق تلزم خياطته

(في تصلب جلد الطفل) - قد يطرأ على الطفل اسكليروز الجلد أي يتصلب جلده حتى يحصر الأطراف والمفاصل انحصارا متينا . ويظهر ذلك في الأيام الأولى من الولادة فيصيب الأطراف أولا ثم يعم الجسم . بقي وصل إلى جلد الوجه تعذر عليه مص الثدي وتتميز التصلب عن الأوريم بأن فيها ينبع الجلد عقب الضغط عليه بالإصبع ولا ينبع في التصلب وهو يصيب الطفل غير الناضجة الحمل . ويعالج التصلب بوضع الطفل في صندوق التسخين وتغذيته بالحس المريثي كما تقدم وذلك جسمه بزيت الكافور

(في أوزيم الطفل) - قد يطرأ على الطفل أوزيم ناجم عن تحلل المادة المصلية للدم في النسيج الخلوي تحت الجلد وتحصل أيضا عند من لم تتم مدة حمل أو عند ضعيف البنية إذا عرض للبرد ولذا تلزم إحاطته بالقطن المعقم أو وضعه في صندوق التسخين أو تبديل جسمه وتغذيته بالحس إذا تعذر غذاؤه الذاتي

(في الموجيت) - قد يظهر في فم الطفل الموجيت وهو نقط بيضاء تشاهد ملتصقة على اللسان والشفتين وباطن الشفتين وسف الحلق وعلى اللهاة وتنتهي بأن تختلط ببعضها . ويكون لعاب المصابين به حضا . وهذه المادة مكونة من فطر يسمى (واديوم اليكانس) وظهوره دليل على فساد البنية فسادا عاما . ويعالج بغسل الفم بماء فيشي وذلك الإجراء المصابة بخرقه مغموسة في هذا الماء أيضا ثم بعد ذلك كما عيس بفرشة مغموسة في محلول مكون من أجزائه متساوية من البوركس ومسل الورد

(في الرمد الصديدي للطفل) - قد يحصل للطفل رمد صديدي بعد بضعة أيام من ولادته فيكون الجفن منتفخا ومحمرا ثم ينفر زمن العين سائل مصل مصفر قليلا ويصعب فتح العين فيصبح

ليصبح الطفل ويتجنب الضوئاً ، وغالباً تصاب العين الأخرى بذلك ثم يستعاض  
الافراز المصلي بأفراز صديدي فيزداد ورم الجفن وينتفخ الغشاء المتصمي ويكثون حويبة  
حول القرنية فتضطرب تغذيتها . فإذا لم يتوسط الطبيب تعجبت العين وتلفت ثم تفرغ  
مافيهما فتفقد الإبصار . وفي الغالب يتجم العصى الخلقي عن رمد صديدي حدث بعد الولادة  
 . وهذا الرمد يتجم إما عن العدوى من طفل مصاب أو من قبح عفن لأعضاء تناسل الأم .  
 وفي الغالب يكون من مكروب السيلان البلوراجي اللام (مكروب نيسير) ولذا يلزم الوقاية  
منه تعقيم أعضاء تناسل الأم قبل الولادة وبعدها كما أنه يلزم أن تنظف عينا الطفل وأن يذر  
فيهما بعد التنظيف مسحوق البودوفورم وأن يعزل عن الأطفال الآخرين تغلي ملابسه  
في الماء . ويعالج متى كان خفيفاً بغسل العينين بمحض البوريك أنما يلزم قلب الاجفان  
جيداً وغسلها وان كان ثقيلاً فبهد قلب الاجفان خمس محلول ثرات الفضة واحد على  
أربعين بواسطة فرشاة ثم تغسل بفرشة أخرى نغمس في محلول كلورور الصوديوم ثم بعد ذلك  
يؤخذ قرص من القطن ونغمس في محلول حمض البوريك و يوضع على العين ثم يغطى ذلك  
بقطعة من منسوج الخبر المصنع

(في برقان الطفل) - قد يظهر ذلك في اليوم الثاني أو الثالث من الولادة فيصير لون الجلد  
والاغشية المخاطية مصفراً والبول محتوي على المادة الملونة للصفراء مع كون المادة البرازية  
حافظة لونها الطبيعي . وقد يكون البرقان عديم الحى وناجعاً عن عيب في تركيب القنوات  
الصفراوية من إصابة الكبد بالامراض الزهرية . وقد يكون البرقان ناجعاً عن تعفن وبائي  
خطر يصعبه جى واسهال وفى . وحينئذ يلزم عزل الطفل وتعقيم ملابسه بالغلي وماتلوث  
من مفروشاتة أيضاً . وانداز البرقان الزهري والحى الوبائية غير جيد

(في التهاب السرى العفن للطفل) - قد يطرأ على الطفل التهاب سرى عفن يتجم عن  
تلوثه من أمه اذا كانت مصابة بالحى التنفسية أو عن اهمال نظافة محل القطع أو عن  
ملاسته للأجسام الملونة بمادة قبيحة أو عفنة فيلزم التغيير عليه بالمواد المضادة للتعفن

(في التهاب الاير يتماوى الطفل) - قد يظهر ذلك على الاليتين والفخذين والظهر وفي  
أعضاء التناسل فحمر وتنتفخ وهو يتجم غالباً عن ملاسة البول والمواد البرازية خصوصاً مواد  
الاسهال المحض لهذه الاعضاء . وعلاجه يكون بالنظافة والغسل بمحض البوريك القاتر  
والدهن بالقازلين البوريكي حول الفتحات الطبيعية ثم يذرع عليها مسحوق النساء والوكوبود

(في ورقة الولادة) - يلزم المولد بعد تمام الولادة الاعتيادية أن يكتب ورقة ولادة الطفل ويوصلها أبو المولود أو أحد أقاربه مصحوباً بشاهدين إلى المكتب الطبي في ظرف الثلاثة أيام التالية للولادة بواسطة محل الضبط إذا كانت بالامصاراً ولحل الضبط فقط إذا كانت بالاريا في لان الاب في القطر المصري هو المكلف بتبليغ الصحة عن مولوده . وفي مدينة باريس متى كان الطفل معروف الاب أى من عقد شرعى يعلن المولد محل الضبط بالولادة ليرسل طبيبه ليحقق ذلك وهذا ليحرر ورقة الولادة ثم يحضر بهامع والده أو أحد أقاربه مع شاهدين إلى محل الضبط وهناك يوقعون على المحضر الذى حرره وعقاب المولد في القانون الفرنسى اذ الميخير الحكومة بالولادة الحبس من سنة إلى ستة شهور وغرامة من (١٦) إلى (٣٠) فرنك وفي القطر المصري يعاقب الأب بالمخالفة أو المولد في حالة ما تكون الولادة ناشئة عن السفاح اذ الميخير الصحة بالمولد في مدة الثلاثة أيام التالية للولادة

وقد تكون الولادة سرية بان كان المولود آتيا من سفاح فيكون المولد هو المكلف حينئذ بتبليغ الصحة عن اسم المولود ونوعه بدون ذكر أب أو أم فيقدم ورقة ولادة بدون أن يذكر فيها اسم المحل الذى حصلت فيه الولادة وبدون أن يذكر اسم الوالدة واسم أهلها ولو طلبت منه الحكومة توضيح ذلك

وفي ورقة الولادة يذكر المولد ان كان الطفل تام المدة أو لا وقابلاً للعيشة أو لا ولد حياً أو ميتاً هو المولد ثم الحذر من ذكر شئ في الورقة مما يختص بالسرا الصنعاى لا تصرح بها ولا تولى بها ولا تخميناً ولا عقوب من فعل ذلك قانوناً هذا فضلاً عن فقد شرف واجب الصناعة لان المولد سيلتزم أن يفضل الموت على افشاء السرا الصنعاى الذى هو الفضل والشرف الوحيد للصناعة والحياة الطبيعية . وهاتى صورة ما يكتب بورقة الولادة

أنا الموقع اسمى أو ختمى أدناه على هذه الورقة الدكتور \_\_\_\_\_ في الطب \_\_\_\_\_ من المدرسة \_\_\_\_\_ أعلن انى حضرت في يوم \_\_\_\_\_ شهر \_\_\_\_\_ سنة \_\_\_\_\_ الى الست \_\_\_\_\_ فى البيت \_\_\_\_\_ بحارة \_\_\_\_\_ بخط \_\_\_\_\_ أو بلدة \_\_\_\_\_ أو ربة \_\_\_\_\_ التابعة \_\_\_\_\_ لولادة الطفل \_\_\_\_\_ (ذكر أو أنثى)

(لان تعيين نوع الطفل ضرورى جداً) بعد سجل تام المدة أو غير تامها (ولد حياً أو ميتاً) قابلاً للعيشة أو لا ما تحريراً فى سنة \_\_\_\_\_ (ثم يوضع التاريخ والامضاء أو الختم) (وصلى الله على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين ملاح بدر التمام وفاح مسك الختام)



( صاحب السعادة الدكتور عيسى باشا جدى )  
مؤلف كتاب (لمحات السعادة فى فن الولادة) ومعلم الامراض الباطنية  
ورئيس المدارس الطبية وحكيم باشي العائلة الخديوية سابقا  
حفظهم الله

## (تصانيف المؤلف بالفرنسية)

- (١) كتاب في الختان
- (٢) « في الپيروبيلا مينا
- (٣) رسالة في تأثير المورفين والذراريح والفصد في بعض مضاعفات الجريب (انفلوانزا)  
(تقدم للؤتمر الطبي الدولي سنة ١٩٠٠)
- (٤) رسالة في السر الصناعي (تقدمت للؤتمر الطبي الدولي الصناعي سنة ١٩٠٠)
- (٥) رسالة في عدوى الجنين بالروما ترم المفصل العمومي الحاد المصابة به الأم أثناء الحمل

## (تصانيف المؤلف باللغة العربية)

- (٦) كتاب في صحة الحوامل والاطفال
- (٧) « أمراض الاطفال
- (٨) « فن العلاج
- (٩) « لمحات السعاه في فن الولادة
- (١٠) التشخيص (السمع والقرع)
- (١١) الجراحة الصغرى
- (١٢) هبة المحتاج (أمراض باطنة) مجلدين
- (١٣) المعراج (أمراض باطنة) ثلاثة مجلدات
- (١٤) النوشة (مناظرة لسعادة حسن باشا محمود)
- (١٥) الانفلوانزا (تقدم للجمعية الطبية المصرية)

535  
51A

